

Cláudia Silva

**Programa SPLIT: Resultados e fatores de
prognóstico para os resultados de sucesso em
utentes com lombalgia**

Dissertação de Mestrado em
Fisioterapia em Condições Músculo-
Esqueléticas

Professor Doutor Eduardo Cruz

Fevereiro 2021

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz.

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Local, de de

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O(A) orientador(a),

Local, de de

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor Eduardo Cruz, pela partilha de conhecimento, pela excelente capacidade de trabalho e de orientação, assim como pela imensa paciência transmitida ao longo deste trabalho. O meu sincero agradecimento pela oportunidade de trabalhar e aprender consigo.

Agradeço ao meu marido Flávio por todo o incentivo e força para avançar e terminar este trabalho e o mestrado, é um exemplo que superação e perseverança para mim.

Agradeço aos meus pais, por me incentivarem a procurar saber mais e a ser melhor profissional. Obrigada por estarem presentes e disponíveis durante toda a minha vida.

E por último, mas não menos importante, aos meus amigos e colegas por me terem acompanhado e apoiado neste percurso.

A todos um sincero Muito Obrigada!

Resumo

Programa SPLIT: Resultados e fatores de prognóstico para os resultados de sucesso em utentes com lombalgia

Introdução: A lombalgia é a principal causa de incapacidade no mundo. A maioria dos episódios de lombalgia têm uma duração curta, mas os episódios recorrentes são comuns. A evidência recomenda um programa de intervenção estratificada (SPLIT), que consiste em categorizar os utentes com lombalgia não específica em três grupos tendo em conta o risco de desenvolver dor persistente e incapacitante e aplicar estratégias de intervenção adaptadas para cada grupo. **Objetivo:** Analisar os resultados clínicos da implementação de um modelo de tratamento estratificado em indivíduos com lombalgia não específica em Portugal (SPLIT) e identificar os fatores de prognóstico para os resultados de sucesso. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional de coorte prospetivo com indivíduos com lombalgia não específica, que receberam uma intervenção estratificada no âmbito do projeto SPLIT. Os utentes foram avaliados sobre os resultados na dor (END), incapacidade funcional (RMDQ) e perceção de melhoria (GPES) aos 2 e 6 meses de *follow up*. Foram utilizadas as características sociodemográficas e clínicas da amostra para identificar os fatores de prognóstico associados a resultados de sucesso nestas 3 medidas de resultado. **Resultados:** Foram incluídos 123 participantes. Houve uma diminuição na média da intensidade da dor e da incapacidade aos 2 e 6 meses após intervenção ($p < 0.01$). O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de dor persistente e incapacitante, definida pelo critério $RMDQ \geq 7$, aos 2 meses, foi incapacidade funcional na *baseline* ($OR = 1.14$; 95% IC: 1.04-1.24, $p < 0.01$) e aos 6 meses foram a idade ($OR = 1.09$, 95% IC=1.02-1.17, $p < 0.05$) e o sexo ($OR = 0.10$, 95% IC=0.02-0.47, $p < 0.01$). O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério $RMDQ \geq 30\%$, aos 2 meses foi ter dor irradiada para o membro inferior ($OR = 2.97$ 95% IC: 1.04-8.50, $p < 0.05$), aos 6 meses foram a idade ($OR = 0.94$, 95% IC= 0.89-1.0, $p < 0.05$), o sexo ($OR = 8.17$, 95% IC= 2.15-31.05, $p < 0.01$) e a incapacidade funcional ($OR = 1.09$, 95% IC= 1.00-1.19, $p < 0.05$). Os fatores de prognóstico associados de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério $END \geq 30\%$, aos 2 meses, foram a duração dos sintomas ($OR = 3.35$; 95% IC: 1.19-9.46, $p < 0.05$), intensidade da dor na *baseline* ($OR = 1.42$; 95% IC: 1.10-1.82, $p < 0.01$) e a toma de medicação para a lombalgia ($OR = 0.34$; 95% IC: 0.13-0.93, $p < 0.05$), aos 6 meses foi estar ausente do trabalho devido à lombalgia ($OR = 3.27$, 95% IC= 1.11-9.63, $p < 0.05$). O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério $GPES \geq 3$, aos 2 meses, foi o sexo ($OR = 4.14$; 95% IC: 1.42-12.08, $p < 0.01$), aos 6 meses foram o sexo ($OR = 3.72$, 95% IC=1.24-11.14, $p < 0.05$) e estar de baixa remunerada ($OR = 7.07$, 95% IC=1.53-32.75, $p < 0.05$). **Conclusão:** Os resultados deste estudo vão ao encontro de outros similares, tanto sobre os resultados clínicos da intervenção estratificada como sobre os fatores de prognóstico para os resultados de sucesso encontrados.

Palavras-Chave: Lombalgia não específica; Intervenção Estratificada; Fatores de prognóstico

Abstract

SPLIT Programme: Outcomes and successful prognostic indicators in low back pain patients

Introduction: Low back pain is the main cause of incapacity in the world. The major of episodes of low back pain have a short duration, but recurrences are common. Evidence recommends a stratified intervention program (SPLIT), which consists of categorizing users with low back pain in three groups depending on the risk of developing persistent and disabling pain and applying intervention strategies adapted to each group. **Objective:** To analyze the clinical outcomes of a stratified treatment model in individuals with nonspecific low back pain (SPLIT) and to identify prognostic factors for successful outcomes. **Methodology:** An observational prospective cohort study was carried out with individuals with non-specific low back pain, who received a stratified intervention under the SPLIT project. Users were assessed on pain intensity (END), functional disability (RMDQ) and global perceived improvement (GPES) at 2 and 6 months follow-ups. The sociodemographic and clinical characteristics of the sample were used to identify the prognostic factors associated with successful outcomes. **Results:** 123 participants were included. There was a decrease in the mean pain intensity and disability at 2 and 6 months after the intervention ($p < 0.01$). The prognostic factor independently associated with the presence of persistent and disabling pain, defined by the $RMDQ \geq 7$ criterion, at 2 months, was functional disability at baseline ($OR = 1.14$; 95% CI: 1.04-1.24, $p < 0.01$) and at 6 months were age ($OR = 1.09$, 95% CI = 1.02-1.17, $p < 0.05$) and sex ($OR = 0.10$, 95% CI = 0.02-0.47, $p < 0.01$). The prognostic factor independently associated with the presence of a clinically important improvement, defined by the $RMDQ \geq 30\%$ criterion, at 2 months was having pain radiated to the lower limb ($OR = 2.97$ 95% CI: 1.04-8.50, $p < 0.05$), at 6 months were age ($OR = 0.94$, 95% CI = 0.89-1.0, $p < 0.05$), sex ($OR = 8.17$, 95% CI = 2.15-31.05, $p < 0.01$) and functional disability ($OR = 1.09$, 95% CI = 1.00-1.19, $p < 0.05$). The prognostic factors independently associated with the presence of a clinically important improvement, defined by the END criterion $\geq 30\%$, at 2 months, were the duration of symptoms ($OR = 3.35$; 95% CI: 1.19-9.46, $p < 0.05$), pain intensity at baseline ($OR = 1.42$; 95% CI: 1.10-1.82, $p < 0.01$) and taking medication for low back pain ($OR = 0.34$; 95% CI: 0.13-0.93, $p < 0.05$), at 6 months, she was absent from work due to low back pain ($OR = 3.27$, 95% CI = 1.11-9.63, $p < 0.05$). The prognostic factor independently associated with the presence of a clinically important improvement,

*defined by the GPES ≥ 3 criterion, at 2 months, was gender (OR = 4.14; 95% CI: 1.42-12.08, $p < 0.01$) , at 6 months were gender (OR = 3.72, 95% CI = 1.24-11.14, $p < 0.05$) and being on low pay (OR = 7.07, 95% CI = 1.53-32.75, $p < 0.05$). **Conclusion:** The results of this study are in line with similar ones, both on the clinical results of the stratified intervention and on the prognostic factors for the successful results found.*

Keywords: *Non specific low back pain; Stratified intervention; Prognostic factors*

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	15
2.1. Instrumentos de medida	16
2.2. Fatores de prognóstico	18
2.3. Definição de resultados de sucesso	18
2.4. Análise Estatística	18
3. Apresentação de Resultados	20
3.1. Curso clínico da dor, incapacidade funcional e percepção de melhoria ao longo de 6 meses	22
3.2. Fatores de prognóstico para os resultados de sucesso aos 2 meses	23
3.3. Fatores de prognóstico para os resultados de sucesso aos 6 meses	26
4. Discussão	29
4.1. Discussão do curso clínico dos resultados	31
4.2. Discussão dos resultados sobre os fatores de prognóstico	32
4.3. Limitações e implicações para estudos futuros	33
5. Conclusão	34
6. Bibliografia	36
Apêndice A	42
Apêndice B	44
Anexo A	48
Anexo B	55
Anexo C	58

1. Introdução

A lombalgia é um sintoma definido como dor, tensão muscular ou desconforto entre o bordo inferior da 12ª costela e as pregas glúteas, com ou sem irradiação e/ou sintomas neurológicos para o membro inferior. Tendo em conta a sua duração, pode ser classificada como aguda (menos de 6 semanas), sub aguda (6-12 semanas) ou crónica (mais de 12 semanas) (Hartvigsen et al., 2018; Koes et al., 2006; Qaseem et al., 2017).

Cerca de 49% a 70% da população mundial apresenta esta sintomatologia, que é a principal causa de incapacidade no mundo (Campbell et al., 2013; Koes et al., 2006). Em Portugal, a lombalgia é a condição reumática e musculo esquelética mais prevalente (26,4%; IC 23,3-29,5%), sendo que é mais frequente nas mulheres que nos homens (29.6% e 22.8% respetivamente; $p=0.040$), e no grupo etário dos 46-55 anos (27.7%; IC 23.1-32.4%) (Branco et al., 2016).

O diagnóstico desta sintomatologia tem em conta a triagem entre lombalgia específica ou não específica, sendo que é atribuído o diagnóstico de lombalgia não específica a 90% dos indivíduos, por ter sido excluída uma patologia particular ou “*red flag*”, como fratura vertebral, infeção, neoplasia, espondiloartrite axial, síndrome da cauda equina ou tumor (Hartvigsen et al., 2018; Koes et al., 2006; Maher et al., 2017).

A lombalgia acarreta grandes custos associados aos cuidados de saúde e aos sistemas de suporte social. Os custos indiretos (perda de produção e produtividade) chegam a ser maiores que os custos diretos (serviços de saúde) (Hartvigsen et al., 2018; Maher et al., 2017). A lombalgia é a causa principal de limitação da atividade e ausência no trabalho (é a causa mais comum para baixas e reformas antecipadas na europa), com um enorme encargo económico nos indivíduos, famílias, comunidades, indústrias e governos (Hartvigsen et al., 2018; Hoy et al., 2010; Stochkendahl et al., 2018).

A maioria dos episódios de lombalgia têm uma duração curta, com poucas ou nenhuma consequência, mas os episódios recorrentes são comuns e a lombalgia é percebida como uma condição de longa duração com um curso variável em vez de episódios sem relação entre si (Hartvigsen et al., 2018). Segundo Costa et al (2012) a maioria dos episódios de lombalgia têm um prognóstico favorável e a grande parte da dor e incapacidade associada melhora substancialmente em 6 semanas, porém dois terços da sua amostra continua a reportar dor aos 3 e 12 meses. É sugerido que cerca de

33% das pessoas terá uma recorrência dentro de um ano após recuperação de um episódio de lombalgia anterior (Da Silva et al., 2017).

A lombalgia é uma condição complexa com múltiplos contribuintes para a sua cronificação, nomeadamente fatores biofísicos, psicológicos, sociais, genéticos, de estilo de vida e comorbilidades (Hartvigsen et al., 2018). Alguns estudos têm vindo a salientar a importância dos fatores psicossociais, como a ansiedade, um estado psicológico depressivo, crenças negativas sobre a persistência da sua dor e a somatização (Koes et al., 2006; Murphy et al., 2013).

Apesar de existirem recomendações consistentes em todo o mundo sobre a intervenção na lombalgia, a população com esta condição tem vindo a aumentar e é de notar uma diferença substancial entre a evidência e a prática clínica (Foster et al., 2018). Tal parece ser justificado, pelo menos em parte, por uma maior utilização de cuidados de baixo valor, no sentido de serem estratégias com pouco ou nenhum benefício, ou que causem dano, além de uma sub-utilização de cuidados de elevado valor, com benefício cientificamente demonstrado, que melhoram a dor e incapacidade associada à lombalgia (Foster et al., 2018; Maher et al., 2017; Traeger et al., 2017).

As *guidelines* recomendam um modelo biopsicossocial para avaliação e intervenção em indivíduos com lombalgia, associando fatores comportamentais, psicológicos e sociais. São sugeridas estratégias de autogestão, terapias físicas e psicológicas e algumas formas de medicina complementar, dando menos ênfase aos tratamentos cirúrgicos e farmacológicos. São encorajados os tratamentos ativos que vão ao encontro dos fatores psicológicos e se focam na melhoria da função (Foster et al., 2018). A evidência sugere programas de exercício mais gerais, que têm em conta as necessidades, preferências e capacidades individuais, pois não está demonstrado quais as características do exercício com maior efetividade (Foster et al., 2018; Oliveira et al., 2018; Qaseem et al., 2017).

Para o tratamento precoce, são encorajados o aconselhamento e educação sobre a natureza da lombalgia e dor radicular, assegurar que a lombalgia não é um sintoma grave, que os sintomas vão melhorar com o tempo, e encorajar evitar o repouso, manter atividade e continuar com atividades de vida, incluindo o trabalho (UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

A identificação antecipada e a aplicação de uma intervenção específica e precoce nos indivíduos com lombalgia, em risco de ter incapacidade a longo prazo, assume relevância pois estes indivíduos têm menos probabilidade de recuperar se o problema persistir no tempo (Koes et al., 2006).

Tendo em conta a aplicação de intervenções mais específicas as *guidelines* sugerem uma estratificação dos utentes com lombalgia (UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Há duas abordagens sugeridas nas *guidelines* para intervenção dos utentes com lombalgia não específica. A intervenção progressiva orientada pela duração dos sintomas (agudo, subagudo ou crónico) utilizando inicialmente estratégias mais simples, que progridem para estratégias mais complexas se houver uma melhoria insuficiente com as primeiras. E uma estratificação, mais recente, baseada no risco dos utentes desenvolverem dor persistente e incapacitante (Almeida et al., 2018; Hill et al., 2011).

O Projeto SPLIT é um projeto que visa melhorar a qualidade da prática e o custo-efetividade dos serviços prestados aos utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários, através da implementação de um modelo inovador de referenciação para tratamento de Fisioterapia. O SPLIT foi desenvolvido por um grupo de investigadores e clínicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, *Nova Medical School*/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (Projeto SPLIT – O que é o Projeto SPLIT, 2020).

Este projeto tem por base um modelo de intervenção estratificada, como o apresentado por Hill et al. (2011), que consiste, numa primeira parte, em avaliar o prognóstico dos utentes através da ferramenta *STarT Back Screening Tool (SBST)* e dividi-los em três grupos tendo em conta o risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (baixo risco, médio risco e alto risco). E uma segunda parte em que existem estratégias de intervenção adaptadas para cada grupo.

Os utentes de baixo risco fazem uma sessão baseada na educação personalizada, centrada na promoção da autogestão da condição, com mensagens de aconselhamento sobre alívio da dor, níveis apropriados de atividade física e o papel de exames complementares de diagnóstico. Tendo em conta o resultado do SBST, do exame físico

e das características funcionais e ocupacionais, são identificadas e discutidas preocupações específicas de cada utente. Adicionalmente, são entregues panfletos sobre a lombalgia e mostrados vídeos adequados a cada utente, disponíveis no site do SPLIT, no sentido de alterar crenças mal adaptadas sobre a lombalgia e incentivar a autogestão e o movimento (Hay et al., 2008; Hill et al., 2011).

Utentes de médio risco recebem um programa de até 6 sessões dirigido a objetivos priorizados de acordo com a condição do utente: modulação de sintomas, controlo do movimento, e otimização funcional. De acordo com o objetivo priorizado o tratamento pode ter maior enfoque na utilização de técnicas de terapia manual (mobilização/ manipulação articular), o que acontece para a modulação de sintomas, ou exercício, o que acontece para o controlo do movimento e otimização funcional. A utilização das técnicas/ modalidades referidas é complementada com educação ao utente, também ajustada ao problema principal/ objetivo prioritário que apresenta (Hay et al., 2008; Hill et al., 2011).

No grupo de elevado risco os utentes beneficiam de até 12 sessões individuais/ ou em grupo, que incluem educação, exercício e técnicas de terapia manual, se necessário, mas enquadradas numa abordagem cognitiva-comportamental, com objetivo de modificar crenças e comportamentos mal adaptados e consequentemente reduzir incapacidade, reduzir dor (se possível), melhorar aspetos psicossociais e capacitar os utentes para gerir dor atual e episódios futuros. (Hay et al., 2008; Hill et al., 2011).

Os resultados clínicos do modelo de intervenção estratificada tem sido comparados em diversos estudos, com a prática usual. No estudo de Hill et al. (2011) foi comparada a intervenção estratificada com a melhor prática atual, numa amostra 851 participantes, com *follow up* aos 4 e 12 meses. Concluíram que na generalidade a redução da pontuação do RMDQ foi significativamente maior no grupo de intervenção do que no grupo de controlo (diferenças superiores a 2.5 pontos na média dos resultados do Rolland Morris Disability Questionnaire). Aos 4 meses 69% do grupo de intervenção atinge uma diferença no questionário superior a 30% e 56% do grupo de controlo atinge o mesmo objetivo. Já aos 12 meses 65% do grupo de intervenção atinge a diferença mínima clinicamente importante e no grupo de controlo essa percentagem é de 57%.

Noutro estudo, de 922 participantes, (Foster et al., 2014) a diferença nos resultados do questionário sobre incapacidade funcional, aos 6 meses, foi

significativamente melhor com o tratamento estratificado do que com o tratamento usual, com uma diferença média de 0.7 (95% CI, 0.1-1.4). Aos 2 meses os resultados, desse estudo, foram semelhantes. Especificamente nos indivíduos associados ao grupo de elevado risco houve uma diferença de 2.3 pontos nos resultados Rolland Morris Disability Questionnaire, comparativamente à prática usual.

No estudo de Beneciuk e George (2015), também foram avaliados os efeitos de uma abordagem estratificada e, concluiu-se que comparativamente com os cuidados de saúde comuns, a abordagem estratificada para utentes com lombalgia tem maiores ganhos na diminuição da intensidade da dor, 47.8% do grupo de tratamento estratificado atingiu os 30% de melhoria mínima na Escala Numérica da Dor, enquanto que 21.2% conseguiu o mesmo no grupo de tratamento usual.

Este tipo de intervenção tem também resultados positivos e favoráveis à sua aplicação em detrimento dos cuidados de saúde convencionais em *outcomes* secundários como qualidade de vida relacionada com a saúde e percepção global de melhoria, além de *outcomes* psicossociais como as crenças de medo evitamento, depressão, satisfação com o tratamento, diminuição do absentismo do trabalho em 40%, maior satisfação com o trabalho e menos 30% certificados de incapacidade (Foster et al., 2014; Hill et al., 2011; Whitehurst et al., 2012). Existe um menor custo com cuidados de saúde associado aos indivíduos de elevado risco que receberam intervenção estratificada comparativamente com a prática usual, e menos 6 dias de ausência do trabalho relacionados com lombalgia em utentes nos grupos de médio e elevado risco (Whitehurst et al., 2015).

A **tabela 1** resume resultados de alguns estudos, com variada tipologia de desenho, realizados em diferentes países que analisaram os resultados das intervenções estratificadas, principalmente no *outcome* da funcionalidade.

Tabela 1. Resultados de estudos sobre tratamento estratificado para a lombalgia

Primeiro Autor (ano); País; local da recolha de dados	Objetivo do estudo/ Desenho do estudo	Critérios de Inclusão e exclusão/ Características da amostra	Follow up	Intervenção	Critérios para resultados de sucesso ou insucesso	Resultados
Bier et al (2018); Holanda; Cuidados primários	Avaliar se os cuidados primários holandeses oferecem tratamento especializado a utentes com lombalgia, fazendo uma estratificação tendo em conta Start Back Screening Tool Coorte prospetivo	<p>Inclusão: utentes que forem à consulta durante o período de recolha com lombalgia e ≥ 18 anos</p> <p>Exclusão: <i>red flags</i> associadas a lombalgia</p> <p>n=184</p> <p>56% sexo feminino</p> <p>Idade média: 44.7 ± 14.6 anos</p> <p>Duração da lombalgia: mista (57% > 3 meses)</p> <p>END: 5.9 ± 1.8 RMDQ: 9.5 ± 5.9</p> <p>Baixo risco: 96 (52.2%) Médio risco: 70 (38.0%) Elevado risco: 18 (9.8%)</p>	3 meses	<p>Baixo risco: fornecer informação, conselhos e alguns analgésicos ou 1 ou 2 sessões de fisioterapia, com intervenção <i>hands off</i> e consistia em dar informação, conselhos e exercícios.</p> <p>Médio risco: além da abordagem anterior, o utente era referido para uma fisioterapeuta com abordagem centrada na evidência.</p> <p>Elevado risco: além da anterior, o utente era reencaminhado para um fisioterapeuta especializado em tratar utentes com uma abordagem psicossomática, um psicólogo/equivalente e o fisioterapeuta avaliava fatores de risco biopsicossociais e usava intervenções com princípios cognitivos e comportamentais.</p>	Lombalgia incapacitante persistente é definida como ≥ 7 na RMDQ.	Após os 3 meses 52,2% dos utentes estavam com baixo risco de ter incapacidade persistente, 38,0% tinham médio risco e 9,8% tinham elevado risco.

Tabela 1 (continuação).

Primeiro Autor (ano); País; local da recolha de dados	Objetivo do estudo/ Desenho do estudo	Crítérios de Inclusão e exclusão/ Características da amostra	Follow up	Intervenção	Crítérios para resultados de sucesso ou insucesso	Resultados
Hill et al (2011); Inglaterra; Clínicas de práticas gerais	Testar se uma abordagem estratificada nos cuidados primários à lombalgia, tem resultados clínicos e económicos mais benéficos comparativamente com a melhor prática atual. RCT	Inclusão: ≥ 18 anos, lombalgia com ou sem radiculopatia, de qualquer duração. Exclusão: utentes com disfunções/ doenças potencialmente sérias (p.e. compressão cauda equina), ou comorbilidades, cirurgia à coluna há menos de 6 meses, gravidez. n=851 59% sexo feminino Idade média: 50 anos Duração da lombalgia: mista (58-60% > 3 meses) 62-63% dor irradiada para membro inferior END: 5.3 (±2.2) RMDQ: 9.8 (±5.6) SBST: 26% baixo risco 46% médio risco 28% elevado risco	4 meses e 12 meses	Grupo de controlo: avaliação e intervenção de 30 min que incluía aconselhamento e exercícios, com a opção de serem referenciados para mais fisioterapia. Grupo de intervenção: 30 min de avaliação de acordo com o protocolo do <i>Start Back Screening Tool</i> . Intervenção composta por aconselhamentos para a promoção de níveis apropriados de atividade física, retorno ao trabalho e um panfleto sobre locais de exercício e grupos de autoajuda. Os participantes viam um vídeo educacional de 15 min e era entregue o livro “Back Book”. Participantes de baixo risco só faziam o que foi referido anteriormente, médio e elevado risco eram referidos para mais sessões de fisioterapia.	Bom resultado: mudança de pelo menos 30% no resultado da <i>Roland Moris Disability Questionnaire</i> (resultado primário)	No geral a redução da pontuação do RMDQ foi significativamente maior no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. Aos 4 meses 69% do grupo de intervenção tem o considerado ser bom resultado e 56% do grupo de controlo atinge o mesmo objetivo. Aos 12 meses 65% do grupo de intervenção tem bom resultado e no grupo de controlo essa percentagem é de 57%.

Tabela 1 (continuação).

Primeiro Autor (ano); País; local da recolha de dados	Objetivo do estudo/ Desenho do estudo	Critérios de Inclusão e exclusão/ Características da amostra	Follow up	Intervenção	Critérios para resultados de sucesso ou insucesso	Resultados
Cherkin et al (2018); Estados Unidos; Clínica de cuidados primários	Avaliar o efeito da implementação de uma adaptação da abordagem estratificada. Pragmatic cluster randomize trial	<p>Inclusão: ≥ 18 anos e diagnóstico de lombalgia não específica.</p> <p>Exclusão: causas específicas de dor ou acidentes de trabalho.</p> <p>Grupo de controlo: N=945, 54.2% sexo feminino Idade média: 55 anos Duração da lombalgia: mista (56.4% < 3 meses) RMDQ: 11.8 (6.3) END: 5.4 (2.5) SBST: 41.5% baixo risco 36.8% médio risco 21.7% elevado risco</p> <p>Grupo de intervenção: N=756, 58.3% sexo feminino Idade média: 58 Duração da lombalgia: mista (56.4% < 3 meses) RMDQ: 11.8 (6.1) END: 5.5 (2.5) SBST: 40.3% baixo risco 37.8% médio risco 21.8% elevado risco</p>	2 e 6 meses	<p>Baixo risco: dar segurança sobre prognóstico positivo e recomendações de autogestão para alívio de dor (atividade física, medicação, evitar repouso na cama). Encorajar utentes a ver DVDs online que reforça a informação sobre lombalgia aguda ou crónica e a importância da autogestão.</p> <p>Médio risco: além do anterior, são recomendados tratamentos ativos como fisioterapia e yoga, para reduzir medo do movimento. Para utentes não interessados nestes tratamentos são consideradas opções mais passivas (acupuntura, quiroprática ou massagem).</p> <p>Elevado risco: utentes são referenciados para fisioterapeutas especializados numa abordagem de integração da componente física e psicológica. Além de uma abordagem cognitiva comportamental poder ser recomendada, mas com acesso limitado.</p> <p>Grupo de controlo não recebeu qualquer intervenção.</p>	RMDQ END	Sem diferenças estatisticamente significativas aos 2 e 6 meses entre o grupo de controlo e o de intervenção, relativamente aos resultados de dor (END) e de incapacidade (RMDQ). Nem comparativamente entre os grupos de risco do SBST.

Tabela 1 (continuação).

Primeiro Autor (ano); País; local da recolha de dados	Objetivo do estudo/ Desenho do estudo	Critérios de Inclusão e exclusão/ Características da amostra	Follow up	Intervenção	Critérios para resultados de sucesso ou insucesso	Resultados
Foster et al (2014); Inglaterra; Cuidados primários	Determinar os efeitos da implementação de cuidados estratificados, baseados no risco na lombalgia, nos cuidados familiares sobre os comportamentos dos profissionais, os resultados dos utentes e os custos. Coorte prospetivo	Inclusão: ≥18 anos, lombalgia não específica, com ou sem radiculopatia, de qualquer duração. N=922 Fase 1: 55% sexo feminino Idade média: 53 anos Duração da lombalgia: mista (62% > 3 meses) Dor irradiada 76% RMDQ: 8.7 (5.9) END: 5.3 (2.4) SBST: 37% baixo risco 41% medio risco 22% elevado risco Fase 3: 60% sexo feminino Idade média: 54.1 anos Duração da lombalgia: mista (65% > 3 meses) Dor irradiada 74% RMDQ: 8.4 (5.7) END: 5.0 (2.6) SBST: 39% baixo risco 42% medio risco 20% elevado risco	2 e 6 meses	Fase 1: tratamento usual Fase 3: Tratamento estratificado Baixo risco, a intervenção envolvia educação e apoio para autogestão, normalmente durante 1 sessão. Médio risco, intervenções focadas na redução da dor e incapacidade e aumento do uso de atividade, exercício e terapia manual, e encorajamento os utentes ao regresso ao trabalho. Elevado risco, aplicada fisioterapia informada psicologicamente.	Bom resultado: mudança de pelo menos 30% no resultado da <i>Roland Moris Disability Questionnaire</i> (resultado primário)	A alteração da incapacidade funcional, aos 6 meses, foi significativamente melhor com o tratamento estratificado do que com o tratamento usual, com uma diferença média de 0.7 (95% CI, 0.1-1.4) entre a fase 1 e 3. Aos 2 meses os resultados foram semelhantes entre as fases.

Tabela 1 (continuação).

Primeiro Autor (ano); País; local da coleta de dados	Objetivo do estudo/ Desenho do estudo	Crítérios de Inclusão e exclusão/ Características da amostra	Follow up	Intervenção	Crítérios para resultados de sucesso ou insucesso	Resultados
Beneciuk e George (2015); Estados Unidos; Clínicas de fisioterapia	Avaliar a implementação de uma abordagem estratificada para a lombalgia, pela avaliação dos efeitos de tratamento. Estudo preliminar, 2 fases	Inclusão: 18-65 anos, com lombalgia n Exclusão: Envolvimento sistêmico relacionado com doença visceral ou metastática, fratura vertebral recente, osteoporose ou gravidez. N= 109, 58,7% do sexo feminino Idade média: 46.2 anos END: 4.9 (2.0) SBST: 27,5% baixo risco 43,1% médio risco 29,4% elevado risco	4 semanas	Baixo risco, é sugerida intervenção de fisioterapia mínima (1-2 sessões por semana). Médio risco 2-3 sessões por semana. Elevado risco o mesmo que o anterior além princípios de prática informados psicologicamente.	Bom resultado: mudança de pelo menos 30% no resultado da END.	Ao fim das 4 semanas, 47.8% do grupo de tratamento estratificado atingiu os 30% de melhoria mínima na END, enquanto que 21.2% conseguiu o mesmo no grupo de tratamento usual (p=0.01).

Estes estudos apresentam resultados tendencialmente positivos e favoráveis à intervenção estratificada, em detrimento dos cuidados de saúde mais comuns, contudo apresentam alguma variabilidade e contradições de resultados o que pode ser justificável, pelo menos em parte, pelas características da sua amostra [p.e. na duração da lombalgia, na proporção de utentes no grupo de baixo, médio e elevado risco (Cherkin et al., 2018)], por isso é imperativo compreender se esta tipologia de intervenção se adequa a qualquer tipo de utente com lombalgia, ou se os bons resultados poderão estar associados a pessoas com características específicas.

Estas características são designadas por fatores de prognóstico que Riley et al. (2013) define como fatores associados a um resultado clínico em indivíduos com uma determinada condição de saúde. Estes fatores podem ter como potencial uso otimizar os resultados da intervenção estratificada, fazendo perceber as características específicas da população alvo, neste caso, indivíduos com lombalgia, que obtêm os resultados mais positivos. Estas características podem incluir variáveis biológicas, patológicas, imagiológicas, clínicas e fisiológicas. Sintomas, características psicossociais e comportamentais também podem ser fatores de prognóstico. Os fatores de prognóstico podem incluir igualmente fatores ecológicos (aos quais os indivíduos se encontram expostos) como privação social, qualidade e acesso a cuidados de saúde e ambiente (Riley et al., 2013).

Especificamente, em utentes com lombalgia foram identificados fatores de prognóstico de resultados de sucesso com tratamento de fisioterapia:

Verkerk et al. (2013) identificou como fatores de prognóstico para ter bons resultados na incapacidade funcional, aos 5 meses após tratamento: ser casado/viver com um adulto (OR=1,32; 95% IC: 0,93-1,87), menor duração das queixas na *baseline* (OR=0,98; 95% IC: 0,97-0,99), idade mais jovem (OR=0,98; 95% IC: 0,97-0,99), maior incapacidade na *baseline* (OR=1,04; 95% IC: 1,03-1,04), não ter experienciado tratamento anterior (OR=0,52; 95% IC: 0,37-0,74), maior participação no trabalho (OR=1,42; 95% IC: 1,02-1,96), lombalgia ter diminuído nos 3 meses anteriores à intervenção (OR=1,66; 95% IC: 1,05-2,62), e pontuações mais elevadas na dimensão física e na dimensão mental do questionário SF-36 (OR=1,08; 95% IC: 1,06-1,11; OR=1,03; 95% IC: 1,02-1,04). E aos 12 meses após tratamento, ser casado ou viver com um adulto (OR=1,54; 95% IC: 0,88-2,62), ausência de comorbilidades (OR=0,61; 95% IC: 0,42-0,90), idade mais jovem (OR=0,98, 95% IC: 0,97-0,99), maior nível

educacional (OR=1,45; 95% IC: 1,01-2,07), maior incapacidade na *baseline* (OR=1,03; 95% IC: 1,01-1,04), não ter experienciado tratamento anterior (OR=0,72; 95% IC: 0,48-1,08), ter menor intensidade de dor na *baseline* (OR=0,99; 95% IC: 0,99-1,00) e maior pontuação no questionário SF-36 – dimensão física e mental (OR=1,06; 95% IC: 1,04-1,09; OR=1,02; 95% IC: 1,00-1,03).

Segundo Cecchi et al. (2014) a intensidade da dor, níveis mais altos de dor na *baseline*, têm uma associação significativa com uma redução da incapacidade funcional após tratamento (OR=0.83, 95% IC: 0.71-0.95, p=0.012). Ter uma idade mais avançada (OR=0.94, 95% IC: 0.91-0.98, p=0.003), ter realizado tratamentos anteriores (OR=0.33, 95% IC: 0.15-0.71, p=0.004) e a toma de medicação para a lombalgia nos últimos 12 meses (OR=0.18, 95% IC: 0.08-4.69, p<0.001) têm uma associação significativa com resultados de insucesso 1 ano após tratamento e o estado da saúde mental (OR=1.1, 95% IC: 1.01-1.24, p=0.02) e a adesão à realização de exercícios (OR=2.10, 95% IC: 1.03-4.42, p=0.04) prescritos para a lombalgia predizem resultados de sucesso na incapacidade após um ano de tratamento.

Rodeghero et al. (2015) avaliou os fatores de prognóstico associados à categorização dos grupos de elevado e baixo risco da estratificação baseada na SBST. Os seus resultados concluíram que os fatores de prognóstico associados ao grupo de elevado risco foram: idade mais avançada (OR= 1.22; 95%CI 1.02-1.47, p=0.03), duração mais prolongada dos sintomas (OR= 2.65; 95%CI 2.06-3.41, p<0.01), história de cirurgia (OR= 1.40; 95%CI 1.17-1.68, p<0.01), uso atual de medicação (OR= 1.29; 95%CI 1.10-1.51, p<0.01) níveis mais baixos de incapacidade na *baseline* (OR= 0.57; 95%CI 0.48, 0.67, p<0.01). Os fatores de prognóstico associados ao grupo de baixo risco foram: idade jovem (OR= 0.78; 95%CI: 0.64-0.97, p=0.03), género masculino (OR= 1.24; 95%CI 1.04-1.48, p=0.02), duração mais curta dos sintomas (OR= 0.35; 95%CI 0.29-0.42, p<0.01), não ter história de cirurgia (OR= 0.46; 95%CI 0.34, 0.62, p<0.01), níveis mais elevados de incapacidade na *baseline* (OR= 1.65; 95%CI 1.37-1.99, p<0.01).

Por outro lado, Petrozzi et al. (2020), identificou os fatores de prognóstico específicos para o grupo de médio risco de ter dor incapacitante e refere que os fatores que predizem incapacidade aos 6 meses são a capacidade de trabalhar ($R^2 = -1.05$, 95% CI: -1.40 a -0.70; p < 0.0001) e ter consultado um profissional de saúde especialista nos últimos 3 meses ($R^2 = 3.35$, 95% CI: 1.14 a 5.55; p < 0.003).

Em Portugal, Costa et al. (2014), com base numa amostra que recebeu intervenção multimodal da fisioterapia, concluiu que níveis mais elevados de incapacidade na *baseline* têm menor probabilidade de insucesso às 6 semanas (OR=0,936; 95% IC: 0,904-0,969) e aos 3 meses (OR=0,943; 95% IC: 0,911-0,977). Mas utentes com dor irradiada têm maior probabilidade de insucesso após intervenção em relação à incapacidade funcional aos 3 meses (OR=3,237; 95% IC: 1,225-8,555). Uteses com maior intensidade de dor na *baseline* têm menos probabilidade de ter insucesso com a intervenção às 6 semanas (OR=0,928; 95% IC: 0,899-0,959) e aos 3 meses (OR=0,940; 95% IC: 0,914-0,968), mas utentes com excesso de peso têm mais probabilidade de insucesso relativamente à dor às 6 semanas (OR=2,866; 95% IC: 1,025- 8,013), e utentes com dor irradiada ao membro inferior têm mais probabilidade de insucesso relativamente à dor aos 3 meses (OR=3,657; 95% IC: 1,277- 10,470). Em relação à perceção global de melhoria, utentes do género feminino (OR=3,225; 95% IC: 1,039-10,194) e com excesso de peso (OR=3,334; 95% IC: 1,113-9,806) têm mais probabilidade de insucesso às 6 semanas.

Cruz et al. (2020), com base numa amostra que recebeu tratamento baseado na medicação para o episódio de lombalgia, reportou no seu estudo que episódios agudos de lombalgia têm menos probabilidade de provocar uma persistência dos sintomas aos 2 e 6 meses (OR=0.16, 95% IC: 0.05-0.51, $p \leq 0.05$; OR=0.29, 95% IC: 0.10-0.83, $p \leq 0.05$), por outro lado utentes com valores elevados na sub escala psicossocial da SBST tinham mais probabilidade de desenvolver dor persistente aos 2 e 6 meses (OR=1.77, 95% IC: 1.11-2.82, $p \leq 0.05$; OR=1.94, 95% IC: 1.23-3.06, $p \leq 0.01$). Estar desempregado (OR=0.30 95% IC: 0.09-0.98, $p \leq 0.05$) e ter níveis mais elevados de incapacidade (OR=1.16 95% IC: 1.05-1.28, $p \leq 0.01$) aumenta a probabilidade de desenvolver dor persistente e incapacitante aos 6 meses. Ter valores elevados na sub escala psicossocial da SBST tinham mais probabilidade de ter resultados de insucesso para a dor (OR=1.65, 95% IC: 1.13–2.40) e para a incapacidade (OR=1.61, 95% IC: 1.15–2.24) aos 2 meses, assim como duração do episódio de lombalgia superior a 3 meses (OR= 1.71, 95% IC: 1.33–1.88, para dor; OR=1.76, 95% CI: 1.43–1.89, para incapacidade) e intensidade da dor elevada (OR= 1.26, 95% IC: 1.09–1.39) para ter resultados de insucesso sobre a dor. Aos 6 meses, utentes com lombalgia há menos de 3 meses têm menos probabilidade de ter resultados de insucesso na incapacidade (OR=0.26 95% IC: 0.10-0.65, $p \leq 0.01$), dor (OR=0.34, 95% IC: 0.14-0.81, $p \leq 0.05$) e

perceção global de melhoria (OR=0.21 95% IC: 0.09-0.53, $p \leq 0.01$) e estar empregado reduz a probabilidade de ter resultados de insucesso na incapacidade (OR=0.31, 95% IC: 0.11-0.92, $p \leq 0.05$). Mas valores elevados na sub escala psicossocial da SBST aumentam a probabilidade de resultados de insucesso na incapacidade, dor e perceção global de melhoria (OR=2.06 95% IC: 1.40-3.04, $p \leq 0.01$; OR=1.82 95% IC: 1.27-2.59, $p \leq 0.01$; OR=1.72 95% IC: 1.20-2.47, $p \leq 0.05$, respetivamente).

Em suma, e de acordo com os estudos publicados, a idade, o sexo, o nível de IMC, a intensidade da dor e o nível de incapacidade na *baseline*, a duração dos sintomas, ter dor irradiada, a medicação, os fatores psicossociais, o nível educacional e a situação profissional são fatores de prognóstico relacionados com os resultados dos utentes com lombalgia, independentemente do tipo de tratamento que os utentes receberam.

Tendo em conta a direção da evidência científica mais recente, no que diz respeito à gestão de utentes com lombalgia, a intervenção que melhor se adequa baseia-se numa intervenção estratificada. Nesta intervenção procede-se a uma avaliação que permita a estratificação dos utentes por grupos mais restritos. Esta divisão é um fator preponderante pois potencia a especificidade das estratégias de intervenção, podendo definir estratégias específicas para grupos específicos. Estratégias estas, que englobam a dimensão biopsicossocial dos utentes, com enfoque na educação e autogestão, e utilizam principalmente estratégias ativas. Sendo que os resultados destes estudos são conhecidos em outros países tornando-se importante perceber qual a resposta dos utentes portugueses a este tipo de tratamento. Assim sendo, devemos procurar entender que influência este tipo de intervenção tem sobre a dor, incapacidade e perceção global de melhoria, pois são os resultados com mais impacto nesta população e os mais usados em outros estudos com o mesmo objetivo. Por outro lado, aos dias de hoje, não existem estudos realizados na população portuguesa tendo por base uma intervenção estratificada tendo em conta os *outcomes* supracitados.

Torna-se igualmente importante e relevante, no sentido de potenciar os resultados da intervenção estratificada na lombalgia na população portuguesa, investigar se existem fatores com capacidades preditivas de resultados considerados de sucesso (fatores de prognóstico). Deste modo pretende-se conhecer quais as características que os utentes apresentam e que possam levar a uma melhor resposta e evolução clínica quando estes são enquadrados numa intervenção estratificada.

Em conclusão, este trabalho tem como objetivos avaliar os resultados clínicos do modelo de tratamento estratificado (SPLIT) em indivíduos com lombalgia não específica, aplicado na população portuguesa, no que diz respeito à dor, incapacidade e perceção global de melhoria e identificar fatores de prognóstico associados aos resultados de sucesso destes indivíduos após a intervenção estratificada.

2. Metodologia

Foi realizado um estudo observacional de coorte prospetivo com indivíduos selecionados, em sete USF e UCSP do agrupamento ACES Arrábida, através das consultas de medicina geral e familiar, às quais os utentes com lombalgia recorriam. O presente trabalho foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Os participantes foram recrutados de forma consecutiva desde novembro de 2018 até julho 2019.

Para o estudo eram elegíveis todos os indivíduos com lombalgia (códigos L03 - Sinais e sintomas da região lombar; L84- Síndromes da coluna sem irradiação de dor; e L86- Síndrome vertebral com irradiação de dores), diagnosticados pelos médicos de medicina geral e familiar das USF parceiras, com idade compreendida entre 18 e 65 anos e que soubessem ler e escrever Português Europeu, para puderem preencher os instrumentos de avaliação.

Foram excluídos os participantes com lombalgia de origem específica (infecção, tumor, fratura e/ou doença inflamatória, com presença de patologia específica, tal como sintomas de compressão radicular, doença inflamatória e/ou infecciosa, doença sistémica, dor de origem visceral/maligna, fratura ou risco de fratura), que realizaram cirurgia lombar nos últimos 6 meses ou mulheres grávidas ou até 6 meses após o parto, à data da consulta.

O cálculo da amostra foi baseado tendo em conta que por cada fator de prognóstico a avaliar hajam no mínimo 10 eventos (Moons et al., 2009). Neste estudo foram definidos 14 fatores de prognóstico possíveis. Tendo em conta o uso de diferentes critérios de resultados de sucesso, é difícil uma estimativa da taxa de resultados de sucesso. Por isso o cálculo do tamanho da amostra assumiu uma probabilidade de 50% de resultados de sucesso, ou seja, pelo menos 7 variáveis chegam à análise multivariada. E tendo uma perda estimada de 15% de *follow-up*, foi considerada uma amostra mínima de 81 participantes.

Após a consulta de medicina geral e familiar com a verificação dos critérios de inclusão/exclusão, o médico convidou os utentes para participarem no projeto. Quem aceitou foi reencaminhado para a Fisioterapeuta, que explicou os objetivos e procedimentos do estudo e solicitou o seu consentimento informado para participar no estudo (**Anexo A**).

Na avaliação inicial (T0), os utentes preencheram um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica e a Escala numérica da dor (END). Também foram aplicadas as versões portuguesas da Start Back Screening Tool (SBST-PT) (**Anexo C**) e do questionário Roland Morris Disability (RMDQ-PT), que avalia a incapacidade funcional (Monteiro, Faísca, Nunes & Hipólito, 2010).

Aos dois (T1) e seis meses (T2) após a avaliação inicial, os participantes receberam por correio o caderno de instrumentos [excluindo o questionário sociodemográfico e acrescentando a versão portuguesa da *Global Perceived Effect Scale* (GPES)] e foram contactados telefonicamente após o preenchimento dos instrumentos para recolher os resultados e respostas.

2.1. Instrumentos de medida

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (**Anexo B**) é constituído por uma secção com dados sociodemográficos (idade, sexo, peso, estado civil, habilitações literárias, situação profissional) e outra com dados clínicos (duração da lombalgia, dor irradiada para o membro inferior, medicação para lombalgia, incapacidade funcional, progressão da dor e a intensidade da dor). Este questionário tem em conta as recomendações da “*NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain*”, para avaliação das características e impacto da DLC nos participantes (Deyo et al., 2014).

A **END** (**Anexo B**) é uma versão segmentada da escala analógica da dor, na qual o utente tem de escolher um algarismo de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável), que melhor reflete a intensidade da sua dor (Ferreira-valente et al., 2011). É um instrumento com boas propriedades psicométricas, nomeadamente, fiabilidade teste-reteste elevada ($r=0,95-0,96$) e validade de construto com a escala analógica da dor elevada (correlações entre 0.86 e 0.95) (Hawker et al., 2011). Segundo Ostelo et al. (2008), uma diminuição de 30% ou de 2 ou mais pontos relativamente à avaliação inicial é considerada como uma diferença mínima clinicamente importante.

O questionário **Roland Morris Disability (Anexo C)** avalia a incapacidade física relacionada com a lombalgia, com 24 questões de autopreenchimento. As perguntas têm uma resposta dicotómica (sim ou não) e o resultado corresponde à soma das respostas “sim”. Os resultados variam de 0 (sem incapacidade) até 24 (incapacidade máxima) (Monteiro et al., 2010; Roland & Fairbank, 2000).

Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Monteiro, Faísca, Nunes e Hipólito (2010), que concluíram que a escala tem níveis de consistência interna e estabilidade temporal elevados (α de Cronbach= 0.81 e correlação teste-reteste=0.86) e uma correlação elevada com a escala numérica da dor ($r=0.73$, $p<0.01$) e por isso fornece dados fiáveis e válidos na população portuguesa (Monteiro et al., 2010). Deve ser considerada uma diferença mínima significativa de 30% ou 5 pontos na pontuação do questionário RMD (Ostelo et al., 2008). Além disso uma pontuação superior ou igual a 7 significa que existe elevado risco de se desenvolver dor persistente e incapacitante (Hill *et al.*, 2008).

A **Global Perceived Effect Scale (Anexo C)** tem como objetivo quantificar a perceção de melhoria ou de agravamento da condição clínica do utente ao longo do tempo. Apresenta-se numa escala de Likert que varia entre -5 (muito pior) e 5 (completamente recuperado) através da qual os utentes autoavaliam o grau da sua recuperação (Hush et al., 2012). Esta escala está dividida em 11 pontos, variando de -5 (muito pior) a 5 (completamente recuperado) e inclui o ponto “0” (“na mesma”), no centro da escala, que permite pontuar quando não há mudanças na sua condição clínica (Freitas et al., 2019).

A versão portuguesa apresentou um Coeficiente de Correlação Intraclass de 0,717 e por isso uma fiabilidade teste-reteste adequada. Quando correlacionada com o RMDQ- PT o coeficiente de correlação de Spearman foi de 0,448 o que demonstra uma validade de construto convergente moderada (Freitas et al., 2019).

A diferença mínima clinicamente importante estabelecida para indivíduos com lombalgia crónica em tratamento de Fisioterapia foi de ≥ 3 ($AUC>0,70$), sendo este o valor que melhor diferencia os utentes que melhoraram dos que não melhoraram (Freitas et al., 2019).

2.2.Fatores de prognóstico

Os potenciais fatores de prognóstico para os resultados de sucesso da abordagem estratificada foram selecionados de acordo com a informação presente na literatura sobre fatores com associação à dor, incapacidade e percepção global de melhoria (Cherkin et al., 2018; D. Costa & Cruz, 2014; Cruz et al., 2020; Petrozzi et al., 2020; Verkerk et al., 2013).

A informação sobre estes fatores foi recolhida nos questionários de caracterização sociodemográfica e clínica e incluíram a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional atual, medicação e absentismo do trabalho (dados sociodemográficos), e duração temporal da dor, dor referida para o membro inferior, intensidade da dor e incapacidade funcional.

2.3.Definição de resultados de sucesso

Os resultados de sucesso com a intervenção estratificada foram definidos com base nos resultados obtidos sobre a intensidade da dor, incapacidade funcional, e percepção global de melhoria, com base nos seguintes critérios:

1) Utentes cuja melhoria excedeu os valores estabelecidos na literatura para a DMCI da RMDQ ($\geq 30\%$), END ($\geq 30\%$) e GPES (pontuação ≥ 3) foram classificados como tendo uma melhoria clinicamente importante (Ostelo et al., 2008; Pires, D., Freitas, P. Cruz, 2018);

2) Utentes que obtiveram uma pontuação < 7 na RMDQ foram classificados como tendo baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/cronicidade (Hill et al., 2008).

2.4.Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o programa IBM SPSS Statistics 26, para o sistema operativo Windows.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas da amostra inicial (*baseline* - T0) dos indivíduos incluídos no estudo, com a utilização de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas e medidas de distribuição de frequências para as variáveis nominais e ordinais.

De seguida realizou-se o estudo da normalidade das variáveis nos três momentos de avaliação, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (**Apêndice A**). Sendo que não se verificou a normalidade da distribuição foi aplicado o teste estatístico ANOVA de Friedman (teste não-paramétrico) para comparação das médias dos resultados obtidos nos *outcomes* dor, incapacidade e noção de melhoria, entre os três momentos de avaliação (baseline, 2 meses e 6 meses) e o teste de comparações múltiplas (*pairwise comparisons* com correção de Bonferroni) de forma a identificar entre quais momentos existiam diferenças estatisticamente significativas (**Apêndice B**). A significância estatística estabelecida foi de $p \leq 0,05$.

Posteriormente procedeu-se à análise das frequências absolutas e relativas da amostra dicotomizada entre utentes “com/ sem melhoria clinicamente importante”, e utentes com baixo/ elevado risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/ cronicidade”, com base nos critérios anteriormente descritos.

Por fim, foi utilizado um modelo de regressão logística para associar as características dos participantes na *baseline* com o subgrupo de participantes que obtiveram bons resultados nos diferentes critérios estabelecidos, de modo a perceber quais as características associadas a resultados favoráveis com a aplicação do programa SPLIT (valor *p* e *odds ratio* referentes à magnitude da relação). Num primeiro momento recorreu-se à análise bivariada (Método ENTER) para identificar quais as variáveis na baseline que apresentam uma associação estatisticamente significativa com cada um dos critérios de sucesso *definidos*, em cada momento de avaliação (2 e 6 meses). De forma a assegurar o poder estatístico das associações e a precisão dos resultados, as variáveis sócio- demográficas foram agregadas tendo em atenção o número reduzido de participantes nalgumas das suas subcategorias (Sexo: feminino/ masculino; IMC: baixo peso ou peso normal/ excesso de peso ou obesidade; Estado civil: Vive acompanhado/ vive sozinho; Habilitações literárias: ensino básico ou inferior/ ensino secundário ou superior; Situação profissional: a trabalhar/ inativo; Duração da dor: aguda/ crónica; Irradiação da dor: sim/ não; uso de medicação para lombalgia: sim/ não; ausência do trabalho pela lombalgia: sim/ não; baixa remunerada: sim/ não; Grupo de risco da SBST: baixo risco/ médio risco/ elevado risco).

Num segundo momento, as variáveis que apresentaram uma associação estatisticamente significativa para $p < 0,2$, para cada um dos critérios de resultados de sucesso, foram incluídas na análise multivariada (método *Backward Conditional*

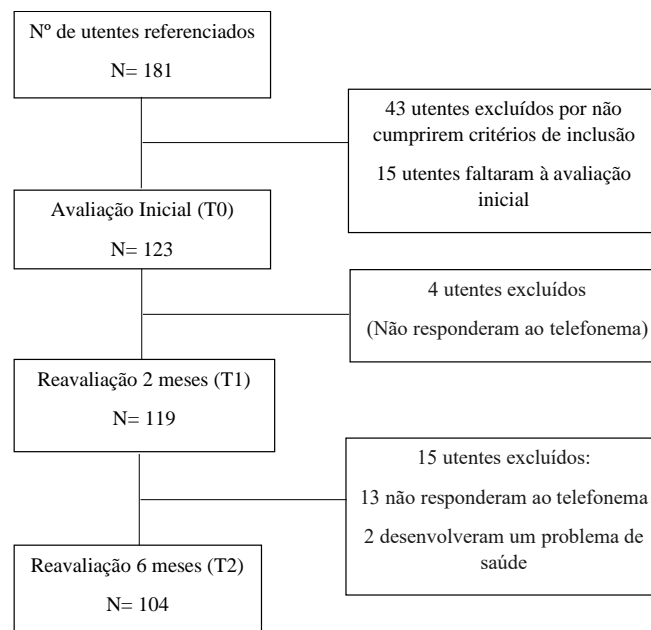
Procedure). Os *odds ratio* (OR) e os correspondentes 95% CIs foram calculados para todas as variáveis na análise bivariada e multivariada. Todas as variáveis restantes no modelo final tinham um OR com um valor de p inferior a 0,05.

A capacidade dos diferentes modelos discriminarem entre participantes que permaneceram iguais/pior dos participantes que melhoraram foi calculada a partir da área sob a curva *Receiver Operating Characteristics* (AUC), utilizando os diferentes valores estabelecidos para a diferença mínima clinicamente importante e os valores de condição persistente e incapacitante como critério externo. Uma AUC inferior a 0,5 indica que o modelo não tem poder discriminativo, entre 0,5 e 0,7 indica que o modelo tem uma capacidade discriminativa fraca, entre 0,7 e 0,8 a capacidade é aceitável, entre 0,8 e 0,9 boa e acima de 0,9 é considerado uma capacidade discriminativa excepcional (Marôco, 2018).

3. Apresentação de Resultados

Ao longo de 9 meses, foram referenciados 181 utentes das USF e UCSP parceiras, sendo que 43 tiveram de ser excluídos por não cumprirem os critérios inclusão e 15 não compareceram à avaliação inicial. Foram, por isso, incluídos na amostra inicial do estudo 123 utentes, que assinaram o consentimento informado e foram de seguida avaliados. A **figura 1** representa o fluxograma do estudo.

Figura 1. Fluxograma do estudo



A amostra foi composta por utentes com idade média de 48 anos ($\pm 11,32$ anos) e maioritariamente do sexo feminino (62,6%). Cerca de 67,5% dos participantes apresentam excesso de peso ou obesidade, 64,2% vive acompanhado, 61% tem o ensino básico ou inferior e 53,7% encontra-se a tomar medicação para a lombalgia. Aproximadamente 70,7% dos participantes encontra-se a trabalhar, mas também é notório que 25,2% dos participantes se encontra de baixa remunerada.

Na avaliação inicial a intensidade média de dor na END era de 4,32 ($\pm 2,20$) e a incapacidade funcional média, reportada pela RMDQ, foi 10,08 ($\pm 5,52$). 60,2% dos participantes tinham sintomatologia há mais de 3 meses e 53 utentes referiram dor irradiada para o membro inferior (43,1%). Na SBST 50,4% estavam inseridos na categoria de médio risco para o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, 29,3% tinham baixo risco e 20,3% elevado risco. Todas as características sociodemográficas e clínicas da amostra inicial estão apresentadas na **tabela 2**.

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas da amostra inicial (T0)

n (%) ou média (±DP)			
Categorias Sociodemográficas	Idade (anos)		47,89 (±11,32)
	Sexo (feminino)		77 (62,6%)
	Categorias do IMC	Baixo peso ou normal	40 (32,5%)
		Excesso de peso ou obesidade	83 (67,5%)
	Situação Familiar	Vive sozinho	44 (35,8%)
		Vive acompanhado	79 (64,2%)
	Habilitações Literárias	Ensino Básico ou Inferior	75 (61%)
		Ensino Secundário ou Superior	48 (39%)
	Situação profissional	A trabalhar	87 (70,7%)
		Inativo	35 (28,5%)
Toma de medicação (sim)		66 (53,7%)	
Ausência do trabalho (sim)		32 (26%)	
Baixa remunerada (sim)		31 (25,2%)	
Características Clínicas	Intensidade da dor no momento (END)		4,32 (±2,20)
	Intensidade da dor nos últimos 7 dias (END)		5,88 (±2,29)
	Duração dor	Aguda (≤ 3 meses)	49 (39,8%)
		Crónica (> 3 meses)	74 (60,2%)
	Dor irradiada para o membro inferior (sim)		53 (43,1%)
	Incapacidade funcional reportada (RMDQ)		10,08 (±5,52)
	Categorias de risco (SBST)	Baixo Risco	36 (29,3%)
Médio Risco		62 (50,4%)	
Elevado Risco		25 (20,3%)	

Variáveis quantitativas: média \pm desvio padrão. Variáveis qualitativas: frequência absoluta (n) e relativa (%).

3.1. Curso clínico da dor, incapacidade funcional e percepção de melhoria ao longo de 6 meses

Através da **tabela 3** é possível observar que houve uma diminuição na média da intensidade da dor nos primeiros 2 meses após a avaliação inicial [de 4,32 ($\pm 2,2$) para 1,57 ($\pm 2,07$)] e um aumento nos 4 meses seguintes [2,22 ($\pm 2,73$)]. A média do valor da incapacidade funcional teve uma diminuição ao longo das avaliações [10,08 ($\pm 5,52$), 3,76 ($\pm 4,44$) e 3,74 ($\pm 4,32$)].

Tabela 3. Resultados obtidos na END e RMDQ na baseline (n=123), aos 2 meses (n=119) e 6 meses (n=104).

Instrumentos de avaliação	Baseline T0 Média (DP)	2 meses T1 Média (DP)	6 meses T2 Média (DP)
END	4,32 ($\pm 2,2$)	1,57 ($\pm 2,07$)	2,22 ($\pm 2,73$)
RMDQ	10,08 ($\pm 5,52$)	3,76 ($\pm 4,44$)	3,74 ($\pm 4,32$)

END: Escala numérica da dor; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire;

Aos 2 meses (T1) após avaliação inicial, 73,2% e 74% dos participantes na amostra alcançaram uma redução na intensidade da dor e no nível de incapacidade funcional igual ou superior à diferença mínima clinicamente importante estabelecida (redução $\geq 30\%$), respetivamente. Aos 6 meses após avaliação inicial (T2) essas percentagens diminuem para 54,5% e 61,8%, respetivamente. A proporção de utentes com baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante aos 2 meses (RMDQ >7) foi de 74,8% e aos 6 meses 65,9%. Em relação à percepção global de melhoria 73,2% alcançou a DMCI aos 2 meses e 61% aos 6 meses. Estes dados relacionados com os resultados de sucesso podem ser consultados na **tabela 4**.

Tabela 4. Número e proporção de utentes que alcança a DMCI na END, RMDQ e GPES, e tem baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, aos 2 meses (n=119) e 6 meses (n=104).

		2 meses T1 Média (DP)	6 meses T2 Média (DP)
END	Número e proporção de utentes que alcançou uma redução igual ou superior a 30% relativamente à avaliação inicial	90 (73,2%)	67 (54,5%)
RMDQ	Número e proporção de utentes que tem baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante (pontuação <7)	91 (74%)	76 (61,8%)
GPES	Número e proporção de utentes que alcança uma pontuação igual ou superior a 3	90 (73,2%)	75 (61%)

Frequência absoluta (n) e relativa (%). END: Escala numérica da dor; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; GPES: Global Perceived Effect Scale

Através do teste estatístico ANOVA de *friedman* pode-se perceber que os resultados sobre a intensidade da dor, obtidos através da END, tiveram alterações estatisticamente significativas [$X^2(2)=64,521$; $p<0,001$; $n=104$]. A intensidade da dor diminuiu entre a *baseline* e os 2 meses e a *baseline* e os 6 meses, mas aumentou entre os 2 meses e os 6. As diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre a *baseline* e os 2 meses ($p<0,001$) e a *baseline* e os 6 meses ($p<0,001$).

Relativamente aos resultados sobre a incapacidade funcional, obtidos através da RMDQ, observaram-se alterações estatisticamente significativas [$X^2(2)=91,219$; $p<0,001$; $n=104$]. A incapacidade funcional diminuiu entre os três momentos avaliativos. As diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre a *baseline* e os 2 meses ($p<0,001$) e a *baseline* e os 6 meses ($p<0,001$).

3.2. Fatores de prognóstico para os resultados de sucesso aos 2 meses

Após a aplicação dos modelos de regressão logística chegou-se a um conjunto de fatores que estão relacionadas com uma maior probabilidade de se atingir os 4 resultados de sucesso definidos anteriormente. Os valores referentes aos 2 meses após avaliação encontram-se sumariados na **tabela 5**.

O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de dor persistente e incapacitante, definida pelo critério **RMDQ \geq 7**, aos 2 meses, foi incapacidade funcional na *baseline*. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que a cada ponto da escala de incapacidade funcional na *baseline* os utentes

têm mais 1.14 de probabilidade de ter elevado risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/cronicidade (OR=1.14; 95% IC: 1.04-1.24, $p<0,01$). Tendo em conta o valor de AUC (0.67) este modelo tem uma capacidade discriminativa fraca.

O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério **RMDQ $\geq 30\%$** , aos 2 meses foi ter dor irradiada para o membro inferior. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que utentes com dor irradiada para o membro inferior têm quase 3 vezes mais probabilidade de obter uma diferença superior a 30% na RMDQ (OR=2.97 95% IC: 1.04-8.50, $p<0,05$). O valor de AUC (0.75) associado caracteriza este modelo com capacidade discriminativa aceitável.

Os fatores de prognóstico associados de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério **END $\geq 30\%$** , aos 2 meses, foram a duração dos sintomas, intensidade da dor na *baseline* e a toma de medicação para a lombalgia. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que utentes com duração de lombalgia ≤ 3 meses têm cerca de 3 vezes mais probabilidade de ter uma diferença superior a 30% na END (OR=3.35; 95% IC: 1.19-9.46, $p<0,05$). A cada ponto da escala numérica da dor na *baseline* aumenta 1.42 a probabilidade de ter uma diferença superior a 30% na END (OR=1.42; 95% IC: 1.10-1.82, $p<0,01$), enquanto que tomar medicação para lombalgia diminui essa probabilidade em 66% (OR=0.34; 95% IC: 0.13-0.93, $p<0,05$). Este modelo tem uma capacidade discriminativa aceitável devido ao valor de AUC (0.72).

O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério **GPES ≥ 3** , aos 2 meses, foi o sexo. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que os utentes do sexo masculino têm cerca de 4 vezes mais probabilidade de ter um resultado de sucesso de obter uma diferença superior a 3 pontos na GPES (OR=4.14; 95% IC: 1.42-12.08, $p<0,01$). Tendo em conta o valor de AUC (0.695, IC: 0.59-0.80) este modelo tem uma capacidade discriminativa fraca.

Tabela 5. ORs (Intervalos de confiança de 95%) para as associações entre os indicadores de prognóstico e os resultados de sucesso ao *follow-up* aos 2 meses (n=119).

Indicadores de Prognóstico	RMDQ ¹ ≥7 N=92		DMCI ² -RMDQ ≥30% N=91		DMCI-END ³ ≥30% N=90		DMCI-GPES ⁴ ≥3 N= 90	
	Univariada	Multivariada	Univariada	Multivariada	Univariada	Multivariada	Univariada	Multivariada
Sociodemográficos								
Idade (anos) continua	1.03 (0.99-1.07)		0.96 (0.92-1.0) *		0.97 (0.93-1.0)*		0.99 (0.96-1.03)	
Sexo (ref Masculino)	0.78 (0.32-1.92)		1.38 (0.56-3.39)		1.48 (0.61-3.61)		3.84 (1.35-10.97)**	4.14 (1.42-12.08)***
Classificação IMC (ref baixo peso ou normal)	0.83 (0.33-2.11)		0.84 (0.35-2.01)		1.38 (0.55-3.47)		1.11 (0.45-2.73)	
Estado Civil (ref vive sozinho)	1.83 (0.77-4.36)*		1.32 (0.54-3.24)		1.75 (0.70-4.38)		0.78 (0.33-1.84)	
Habilitações Literárias (ref ensino básico ou inferior)	2.20 (0.85-5.71)*		0.99 (0.42-2.35)		0.92 (0.39-2.17)		0.62 (0.25-1.50)	
Ausência do trabalho (ref sim)	2.48 (0.99-6.17)*		1.39 (0.50-3.83)		1.14 (0.43-3.02)		2.68 (0.85-8.44)*	
Baixa remunerada (ref sim)	2.64 (1.05-6.62)**		1.01 (0.38-2.70)		0.85 (0.33-2.19)		2.54 (0.80-8.02)*	
Situação Profissional (ref A trabalhar)	0.61 (0.25-1.51)		1.89 (0.77-4.61)*		1.43 (0.58-3.50)		1.15 (0.46-2.87)	
Clinicos								
Duração do episódio de lombalgia (ref <3 meses)	0.92 (0.38-2.22)		1.18 (0.49-2.84)		2.40 (0.93-6.20)*	3.35 (1.19-9.46)**	1.92 (0.77-4.79)*	
Dor irradiada membro inferior (ref Sim)	0.82 (0.34-1.95)		3.92 (1.45-10.56)***	2.97 (1.04-8.50)**	2.13 (0.87-5.17)*		1.74 (0.73-4.15)	
Medicação (ref Sim)	2.98 (1.15-7.74)**		1.28 (0.55-2.98)		0.55 (0.23-1.31)*	0.34 (0.13-0.93)**	1.17 (0.50-2.70)	
Instrumentos de auto-reporte								
Fatores Psicossociais (SBST ⁵ Sub-pontuação psicossocial, 0-5)	1.50 (1.05-2.14)**		1.08 (0.78-1.49)		0.98 (0.72-1.35)		1.35 (0.98-1.86)*	
Intensidade Dor (END 0-10)	1.02 (0.84-1.23)		1.25 (1.02-1.53)**		1.23 (1.00-1.50)**	1.42 (1.10-1.82)***	1.03 (0.85-1.25)	
Incapacidade (RMDQ, 0-24)	1.14 (1.04-1.24)***	1.14 (1.04-1.24)***	1.11 (1.02-1.20)**		1.01 (0.94-1.09)		1.06 (0.98-1.14)*	
Area Under de Curve (AUC)		0.67 (0.54-0.79)		0.75 (0.64-0.85)		0.72 (0.62-0.82)		0.695 (0.59-0.80)

*P<0.2; **P<0.05; ***P<0.01. ¹RMDQ- Roland Morris Disability Questionnaire; ²DMCI – Diferença Mínima CLinicamente Importante; ³END- Escala Numérica da Dor; ⁴GPES- Global Perceived Effect Scale; ⁵SBST –Start Back Screening Tool;

3.3.Fatores de prognóstico para os resultados de sucesso aos 6 meses

Todos os cálculos anteriores foram repetidos para as variáveis dependentes aos 6 meses e os resultados estão presentes na **tabela 6**.

Os fatores de prognóstico associados de forma independente com a presença de dor persistente e incapacitante, definida pelo critério **RMDQ \geq 7**, aos 6 meses foram a idade e o sexo. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que por cada ano de idade há uma probabilidade 1.09 maior de ter elevado risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/cronicidade (OR=1.09, 95% IC=1.02-1.17, $p<0.05$), e que são os participantes do género feminino aqueles que tem maior probabilidade de desenvolver dor persistente e incapacitante/cronicidade, relativamente aos utentes do sexo masculino (OR=0.10, 95% IC=0.02-0.47, $p<0.01$). Tendo em conta o valor de AUC (0.81) este modelo tem uma capacidade discriminativa boa.

Os fatores de prognóstico associados de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério **RMDQ \geq 30%**, aos 6 meses foram a idade, o sexo e a incapacidade funcional na *baseline*. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que utentes do sexo masculino têm 8 vezes mais probabilidade de obter uma diferença superior a 30% na RMDQ (OR=8.17, 95% IC= 2.15-31.05, $p<0.01$), enquanto que utentes com mais idade têm 6% menos probabilidade de atingir este resultado de sucesso (OR=0.94, 95% IC= 0.89-1.0, $p<0.05$). E a cada ponto da escala de incapacidade funcional na *baseline* os utentes têm mais 1.09 de probabilidade de ter uma diferença superior a 30% na RMDQ (OR=1.09, 95% IC= 1.00-1.19, $p<0.05$). Este modelo tem uma capacidade discriminativa aceitável devido ao valor de AUC (0.78, IC= 0.69-0.88).

O fator de prognóstico associado de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério **END \geq 30%**, aos 6 meses, foi estar ausente do trabalho devido à lombalgia. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que utentes ausentes do trabalho devido à lombalgia têm cerca de 3 vezes mais probabilidade de atingirem uma diferença superior a 30% na END (OR=3.27, 95% IC= 1.11-9.63, $p<0.05$). O valor de AUC (0.67) associado caracteriza este modelo com capacidade discriminativa fraca.

Os fatores de prognóstico associados de forma independente com a presença de uma melhoria clinicamente importante, definida pelo critério **GPES \geq 3**, aos 6 meses,

foram o sexo e estar de baixa remunerada. Os resultados da regressão logística multivariada mostram que utentes do sexo masculino tem quase 4 vezes maior probabilidade de obter uma diferença superior a 3 pontos na GPES (OR=3.72, 95% IC=1.24-11.14, $p<0.05$) e utentes em situação de baixa remunerada têm 7 vezes mais probabilidade de atingir este resultado (OR=7.07, 95% IC=1.53-32.75, $p<0.05$). Tendo em conta o valor de AUC (0.73) este modelo tem uma capacidade discriminativa aceitável.

Tabela 6. ORs (Intervalos de confiança de 95%) para as associações entre os indicadores de prognóstico e os resultados de sucesso ao *follow-up* aos 6 meses (n=104).

Indicadores de Prognóstico	RMDQ ¹ ≥7 N=81		DMCI ² -RMDQ ≥30% N=76		DMCI-END ³ ≥30% N=67		DMCI-GPES ≥3 N=75	
	Univariada	Multivariada	Univariada	Multivariada	Univariada	Multivariada	Univariada	Multivariada
Sociodemográficos								
Idade (anos) continua	1.08 (1.02-1.14)**	1.09 (1.02-1.17)**	0.95 (0.91-1.0)**	0.94 (0.89-1.0)**	0.98 (0.94-1.02)		0.97 (0.93-1.01)*	
Sexo (ref Masculino)	0.12 (0.03-0.54)***	0.10 (0.02-0.47)***	7.11 (1.98-25.58)***	8.17 (2.15-31.05)***	2.37 (0.97-5.80)*		3.77 (1.30-10.95)**	3.72 (1.24-11.14)**
Classificação IMC (ref baixo peso ou normal)	0.59 (0.20-1.76)		1.09 (0.42-2.82)		0.68 (0.29-1.61)		0.92 (0.36-2.34)	
Estado Civil (ref vive sozinho)	0.96 (0.36-2.53)		1.54 (0.60-3.96)		0.72 (0.31-1.65)		0.87 (0.36-2.11)	
Habilitações Literárias (ref ensino básico ou inferior)	2.27 (0.81-6.34)*		0.49 (0.19-1.26)*		0.59 (0.26-1.37)		1.06 (0.44-2.53)	
Ausência do trabalho (ref sim)	0.47 (0.15-1.53)		2.12 (0.72-6.26)		3.57 (1.23-10.38)**	3.27 (1.11-9.63)**	4.60 (1.27-16.64)**	
Baixa remunerada (ref sim)	0.50 (0.15-1.63)		1.15 (0.43-3.09)		2.53 (0.92-6.95)*		7.16 (1.58-32.52)**	7.07 (1.53-32.75)**
Situação Profissional (ref A trabalhar)	0.39 (0.15-1.01)*		1.66 (0.67-4.14)		1.10 (0.47-2.62)		1.24 (0.50-3.10)	
Clinicos								
Duração do episódio de lombalgia (ref <3 meses)	0.91 (0.34-2.40)		1.05 (0.43-2.59)		1.94 (0.81-4.64)*		1.13 (0.46-2.78)	
Dor irradiada membro inferior (ref Sim)	1.21 (0.48-3.05)		1.32 (0.55-3.19)		0.90 (0.40-2.01)		0.80 (0.34-1.89)	
Medicação (ref Sim)	2.02 (0.75-5.43)*		0.80 (0.33-1.93)		1.18 (0.53-2.66)		1.09 (0.46-2.59)	
Instrumentos de auto-reporte								
Fatores Psicossociais (SBST ⁵ Sub-pontuação psicossocial, 0-5)	1.50 (1.02-2.19)**		0.90 (0.65-1.25)		0.99 (0.73-1.33)		1.29 (0.93-1.78)*	
Intensidade Dor (END 0-10)	1.07 (0.87-1.32)		0.97 (0.80-1.19)		0.95 (0.79-1.14)		0.99 (0.81-1.20)	
Incapacidade (RMDQ, 0-24)	1.03 (0.95-1.12)		1.07 (0.99-1.16)*	1.09 (1.00-1.19)**	1.07 (0.99-1.15)*		1.06 (0.98-1.14)*	
Area Under de Curve (AUC)		0.81 (0.72-0.90)		0.78 (0.69-0.88)		0.67 (0.57-0.78)		0.73 (0.63-0.83)

*P<0.2; **P<0.05; ***P<0.01. ¹ RMDQ- Roland Morris Disability Questionnaire; ² DMCI – Diferença Mínima Clinicamente Importante; ³ END- Escala Numérica da Dor; ⁴ GPES- Global Perceived Effect Scale; ⁵ SBST –Start Back Screening Tool;

4. Discussão

Tendo em conta a elevada prevalência da lombalgia, e que tem vindo progressivamente a aumentar, (Branco et al., 2016; Campbell et al., 2013; Koes et al., 2006), os custos associados para os cuidados de saúde e sistemas de suporte social (Hartvigsen et al., 2018; Maher et al., 2017), a longa duração associada ao aparecimento de episódios recorrentes (Da Silva et al., 2017; Hartvigsen et al., 2018) e a aparente diferença substancial entre as recomendações da evidência e a prática clínica atual (Duarte & Cruz, 2019), torna-se pertinente avaliar os resultados clínicos obtidos pelas pessoas com um episódio de lombalgia, em particular os que resultam da implementação de uma intervenção estratificada, em Portugal.

O programa SPLIT é uma prática que vai ao encontro da melhor evidência científica atual que identifica a aplicação de uma intervenção específica e precoce nos indivíduos com lombalgia (Koes et al., 2006) com base num modelo que associa fatores comportamentais, psicológicos e sociais (Foster et al., 2018), em que se combina a educação e aconselhamento com estratégias ativas de programas de exercício que têm em conta as necessidades e preferências individuais com uma orientação marcada para a especificidade de intervenção aplicada ao indivíduo (Foster et al., 2018; Oliveira et al., 2018; Qaseem et al., 2017; UK National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Este estudo recorreu a uma amostra de 123 participantes, com idade média de 48 anos, maioritariamente do sexo feminino (62,6%) e com excesso de peso (67,5%). A maioria dos participantes do estudo é caracterizada por viver acompanhada (64,2%), ter completado o ensino básico ou inferior (61%), tomar medicação para a lombalgia (53,7%) e estar a trabalhar (70,7%). A sintomatologia de mais de metade dos participante (60,2%) tem duração superior a 3 meses. A intensidade da dor destes participantes inicialmente é, em média, 4,32 ($\pm 2,20$) e o nível de incapacidade funcional reportada é 10,08 ($\pm 5,52$). Praticamente metade da amostra foi associada ao grupo de médio risco do SBST, seguindo-se o grupo de baixo risco (29,3%) e o de elevado risco (20,3%)

No global, as características da amostra deste estudo são comparáveis às de outros estudos similares (Beneciuk & George, 2015; Bier et al., 2018; Cherkin et al., 2018; Foster et al., 2014; Hill et al., 2011). A idade média observada é comparável à

reportada no estudo de Hill et al. (2011) com 50 anos de idade média, Beneciuk e George (2015) com 46 anos ou Bier et al. (2018), 45 anos em média. Também o facto da maioria dos participantes pertencer ao sexo feminino parece ser uma característica comum (Beneciuk & George, 2015; Bier et al., 2018; Cherkin et al., 2018; Foster et al., 2014; Hill et al., 2011).

Tendo em conta a duração da lombalgia, na amostra deste estudo a duração é mista mas existe uma maioria de 60,2% dos participantes com dor crónica (≥ 3 meses) o que também está coerente com os resultados reportados noutros estudos como Bier et al. (2018) com 57%, Foster et al. (2014) com 62% no grupo de controlo e 65% no grupo de intervenção, ou Hill et al. (2011), com 58% no grupo de controlo e 60% no grupo de intervenção. Proporções inversas são reportadas no estudo de Cherkin et al (2018) que apresenta maior proporção (56,4%) de utentes com dor há menos de 3 meses, este ultimo estudo foi o que apresentou piores resultados após intervenção estratificada.

Menos da metade dos participantes deste estudo (43,1%) tinham dor irradiada para o membro inferior ao contrário das amostras de outros estudos como Hill et al. (2011) que apresentam 62% ou Foster et al. (2014) com 76% da amostra com dor irradiada.

Na *baseline* a intensidade de dor média é 4.32 ($\pm 2,20$) e a média de incapacidade funcional 10.08 (± 5.52), valores relativamente intermédios tendo em conta a amplitude das escalas (END de 0 a 10 e RMDQ de 0 a 24) o que é semelhante a outros estudos, Beneciuk e George (2015) apresentavam um valor médio na intensidade da dor 4,9, Bier et al. (2018) referia $5,9 \pm 1,8$ relativamente à END e $9,5 \pm 5,9$ na RMDQ, Foster et al. (2014) no seu grupo de controlo apresentava 8,7 (5,9) na RMDQ e 5,3 (2,4) na END, o grupo de intervenção tinham valores semelhantes, 8,4 (5,7) e 5,0 (2,6) respetivamente, Hill et al. (2011) teve uma pontuação média 5,3 ($\pm 2,2$) na END e 9,8 ($\pm 5,6$) na RMDQ, e Cherkin et al. (2018), 11,8 (6,3) na RMDQ e 5,4 (2,5) na END. Assim, parece ser uma característica desta população apresentar níveis moderados a elevados de intensidade da dor e incapacidade.

Tendo em conta a estratificação dos utentes, neste trabalho 50% de toda a amostra foi alocada ao grupo de médio risco, um valor ligeiramente superior a outros estudos que não têm tantos utentes neste grupo, como por exemplo, Hill et al. (2011)

apresenta 46%, Foster et al. (2014) 42% ou até Cherkin et al. (2018) que tem a maior proporção dos participantes no grupo de baixo risco (41,5%).

4.1. Discussão do curso clínico dos resultados

Ao longo dos 2 momentos avaliativos de *follow up* é perceptível uma melhoria generalizada na intensidade da dor e incapacidade funcional.

Em relação à dor houve um comportamento oscilatório ao longo dos 3 momentos avaliativos, primeiro com uma diminuição na média da intensidade da dor, mas depois com um ligeiro aumento aos 6 meses, que acompanha uma elevada proporção de participantes a atingir o resultado de sucesso estabelecido 73% na primeira avaliação e 55% na segunda. A diferença da intensidade de dor foi estatisticamente significativa da *baseline* para os 2 meses, mas não para os 6 meses, ou seja, entre os 2 e 6 meses. Estes resultados vão ao encontro aos reportados noutros estudos, nomeadamente Beneciuk e George (2015) e Hill et al. (2011) onde os resultados favorecem a intervenção estratificada com ganhos estatisticamente significativos às 4 semanas e 4 meses, respetivamente. Estes resultados sugerem que a intervenção estratificada obtém melhores resultados na melhoria da dor numa fase mais recente após a intervenção (até 4 meses) mas que depois perde um pouco o seu impacto.

Em relação ao nível de incapacidade, há um decréscimo progressivo ao longo dos momentos avaliativos, sempre com uma proporção superior a 60% de atingir a DMCI na RMDQ, muito semelhante à proporção encontrada por Hill et al. (2011) e superior à reportada por Foster et al. (2014). Aos 4 meses, Hill et al. (2011) reportaram que 69% dos utentes que participaram no grupo de intervenção obtiveram um resultado de sucesso (superior à DMCI), enquanto que Foster et al. (2014), reportou que 47% dos participantes no grupo de intervenção estratificada obtiveram esse resultado aos 6 meses. Apesar disso a diferença da média entre os momentos avaliativos só é estatisticamente significativa aos 2 meses, não se observando diferenças significativas nos 4 meses seguintes. Também Hill et al. (2011) têm uma maior redução do nível de incapacidade no primeiro momento avaliativo, 4 meses, [1,81 (1,06-2,57)] do que no segundo, aos 12 meses [1,06 (0,25-1,86)].

Os resultados do nosso estudo mostram um comportamento semelhante na evolução da intensidade da dor e a incapacidade funcional nos dois momentos avaliativos do estudo. Estes resultados são coerentes com o que a literatura refere que

no curso normal da lombalgia as melhorias na dor e incapacidade ocorrem sobretudo nas primeiras 6 a 8 semanas (L. da C. M. Costa et al., 2012). Podemos concluir que os primeiros 2 meses são cruciais para a obtenção dos melhores resultados e prevenir a transição de um episódio de lombalgia numa condição persistente e incapacitante.

Além disso com a intervenção estratificada, neste estudo, foi possível atingir uma proporção de utentes com baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante superior a 74% aos 2 meses e superior a 65% aos 6 meses. Estes resultados são comparáveis à proporção encontrada aos 4 meses por Hill et al. (2011), 77% e à encontrada por Foster et al. (2014) 73%.

Por fim, relativamente à perceção global de melhoria poucos são os estudos que incluem este resultado nas suas análises, o que limita a comparação de resultados. Contudo olhando para a proporção de participantes que alcançam uma pontuação igual ou superior a 3, é de notar que nos dois momentos avaliativos é sempre superior a 70%. Hill et al. (2011) avaliou a mudança global, mas não identificou o método avaliativo. Nos resultados que reportam é possível perceber que aos 4 meses 44% do grupo de intervenção referia estar muito melhor enquanto que no grupo de controlo apenas 35% alcançam esse objetivo. Também Foster et al. (2014) avaliam a mudança global e apresentaram uma proporção de 11% dos participantes que reportaram estar completamente recuperados e 32% muito melhor no grupo de intervenção comparativamente aos, 10% e 28% respetivamente, no grupo de controlo.

4.2. Discussão dos resultados sobre os fatores de prognóstico

Os fatores de prognóstico identificados neste estudo vão ao encontro dos fatores identificados noutros estudos, nomeadamente nível de incapacidade e intensidade da dor na *baseline*, duração da dor, idade, sexo, ter dor irradiada, medicação, ausência do trabalho e baixa remunerada (Cecchi et al., 2014; D. Costa & Cruz, 2014; Cruz et al., 2020; Rodeghero et al., 2015; Verkerk et al., 2013).

Mais especificamente, os resultados do presente estudo sugerem que utentes com mais incapacidade na *baseline* têm maior probabilidade de ter elevado risco de ter dor persistente e incapacitante aos 2 meses e utentes mais velhos e do sexo feminino têm mais probabilidade de desenvolver dor persistente aos 6 meses.

Ao mesmo tempo, utentes com dor irradiada têm maior probabilidade de ter uma melhoria significativa no nível de incapacidade aos 2 meses, e os homens, com menos idade e com maior nível de incapacidade na *baseline* têm maior probabilidade de ter uma melhoria significativa no nível de incapacidade aos 6 meses. Também Verkerk et al. (2013) identificou que menor idade e maior incapacidade na *baseline* como fatores de bom prognóstico para reduzir a incapacidade funcional aos 5 meses.

Os resultados do estudo permitem perceber que utentes com dor há menos de 3 meses, com dor mais intensa na *baseline* e que não tomam medicação para a lombalgia têm mais probabilidade de ter uma melhoria significativa na intensidade de dor aos 2 meses, e utentes que estão ausentes do trabalho devido à lombalgia têm mais probabilidade de ter uma melhoria significativa na intensidade de dor aos 6 meses. Costa e Cruz (2014) também identificaram que utentes com dor mais intensa têm mais probabilidade de sucesso sobre os resultados da intensidade da dor.

Além disso é possível concluir com os resultados do estudo que utentes do sexo masculino têm mais probabilidade de ter uma maior perceção de melhoria aos 2 e 6 meses e utentes de baixa remunerada têm mais probabilidade de ter uma maior perceção de melhoria aos 6 meses. Os resultados são coerentes com os encontrados por Costa e Cruz (2014), na medida em que identificaram o sexo feminino como fator de prognóstico para ter um resultado de insucesso sobre a perceção global de melhoria.

4.3. Limitações e implicações para estudos futuros

Uma limitação deste estudo é relativa aos instrumentos de avaliação de autopreenchimento, pois podem acarretar algum viés de resposta. Algumas respostas poderem ter sido dadas tendo em conta o que se julga ser esperado responder e não espelhando a verdadeira perceção do individuo quanto ao seu estado clínico. Sendo que a recolha dos resultados por entrevista procurou reduzir este viés.

Outra limitação a considerar será na seleção dos participantes da amostra, uma vez que esta foi feita por conveniência, no contexto de centros de saúde. Assim poderá haver alguma limitação na representatividade da amostra sobre a população portuguesa.

Tendo em conta investigações futuras parece pertinente sugerir a realização de estudos que analisassem os resultados para cada um dos 3 grupos de risco. Este estudo poderia contribuir para melhor compreender se os resultados são transversais aos

diferentes grupos de risco, ou se existe um grupo que beneficie mais desta abordagem que outro.

Para a prática clínica este estudo é um contributo para a demonstração da importância da avaliação e intervenção precoce, no sentido de haver melhores resultados numa fase inicial do episódio de lombalgia, e se prevenir a persistência e incapacidade provocadas pela mesma. Também permite concluir que existem utentes com determinadas características que têm melhores resultados ao utilizar-se este tipo de intervenção.

5. Conclusão

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar os resultados clínicos do modelo de tratamento estratificado (SPLIT) em indivíduos com lombalgia não específica, aplicado na população portuguesa, no que diz respeito à dor, incapacidade e perceção global de melhoria, aos 2 e 6 meses. Adicionalmente, foi também realizado com o propósito de identificar os fatores de prognóstico associados aos resultados de sucesso destes indivíduos após a intervenção estratificada.

A amostra deste estudo foi composta por 123 participantes com características de *baseline* semelhante a outros estudos, nomeadamente a maioria do sexo feminino, com cerca de 48 anos, dor maioritariamente crónica e com intensidade de dor e nível de incapacidade intermédios (Hill et al, 2011; Foster et al, 2014; Bier et al. 2018; (Beneciuk & George, 2015).

Os resultados clínicos obtidos na intensidade da dor e no nível de incapacidade são consistentes com os encontrados em estudos similares, realizados noutros países, demonstrando uma redução da intensidade da dor e do nível de incapacidade funcional nos dois momentos avaliativos, mas mais significativos nos primeiros dois meses.

Relativamente aos fatores de prognóstico identificou-se que a presença de níveis mais elevados de incapacidade na *baseline*, a presença de dor irradiada para o membro inferior, dor aguda e mais intensa e ser do sexo masculino, são considerados fatores de prognóstico que favorecem a obtenção de resultados de sucesso aos 2 meses. Aos 6 meses os fatores de bom prognóstico encontrados foram a idade, o sexo, a ausência do trabalho devido à lombalgia e estar de baixa remunerada.

Para estes resultados serem mais robustos e se avançar com a implementação desta abordagem de intervenção em Portugal, julgamos relevante realizar estudos futuros que utilizem uma metodologia mais apropriada (ensaio clínico aleatorizado) para comparar a efetividade e o custo- efetividade desta abordagem com intervenção usual em Portugal.

6. Bibliografia

- Almeida, M., Saragiotto, B., Richards, B., & Maher, C. G. (2018). Primary care management of non-specific low back pain: Key messages from recent clinical guidelines. *Medical Journal of Australia*, 208(6), 272–275. <https://doi.org/10.5694/mja17.01152>
- Beneciuk, J. M., & George, S. Z. (2015). Pragmatic implementation of a stratified primary care model for low back pain management in outpatient physical therapy settings: Two-phase, sequential preliminary study. *Physical Therapy*, 95(8), 1120–1134. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140418>
- Bier, J. D., Sandee-Geurts, J. J. W., Ostelo, R. W. J. G., Koes, B. W., & Verhagen, A. P. (2018). Can Primary Care for Back and/or Neck Pain in the Netherlands Benefit From Stratification for Risk Groups According to the STarT Back Tool Classification? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(1), 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.011>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Pereira, L., Mourão, A. F., Silva, I., & Laires, P. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life , physical function and mental health in Portugal : results from EpiReumaPt – a national health survey. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Campbell, P., Foster, N. E., Thomas, E., & Dunn, K. M. (2013). Prognostic Indicators of Low Back Pain in Primary Care: Five-Year Prospective Study. *The Journal of Pain*, 14(8), 873–883. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.03.013>
- Cecchi, F., Pasquini, G., Paperini, A., Boni, R., Castagnoli, C., Pistrutto, S., & Macchi, C. (2014). Predictors of response to exercise therapy for chronic low back pain: Result of a prospective study with one year follow-up. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50(2), 143–151.
- Cherkin, D., Balderson, B., Wellman, R., Hsu, C., Sherman, K. J., Evers, S. C., Hawkes, R., Cook, A., Levine, M. D., Piekara, D., Rock, P., Estlin, K. T., Brewer, G., Jensen, M., LaPorte, A. M., Yeoman, J., Sowden, G., Hill, J. C., & Foster, N. E. (2018). Effect of Low Back Pain Risk-Stratification Strategy on Patient Outcomes

- and Care Processes: the MATCH Randomized Trial in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), 1324–1336. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4468-9>
- Costa, D., & Cruz, E. (2014). *Factores de Prognóstico para os Resultados Intervenção de Insucesso da em Multimodal Fisioterapia , em Utentes com Dor Lombar Crónica*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/7422>
- Costa, L. da C. M., Maher, C. G., Hancock, M. J., McAuley, J. H., Herbert, R. D., & Costa, L. O. P. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *Cmaj*, 184(11), 1229–1230. <https://doi.org/10.1503/cmaj.120627>
- Cruz, E. B., Canhão, H., Fernandes, R., Caeiro, C., Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Pimentel-Santos, F., Gomes, L. A., Paiva, S., Pinto, I., Moniz, R., & Nunes, C. (2020). Prognostic indicators for poor outcomes in low back pain patients consulted in primary care. *PLoS ONE*, 15(3), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229265>
- Da Silva, T., Mills, K., Brown, B. T., Herbert, R. D., Maher, C. G., & Hancock, M. J. (2017). Risk of recurrence of low back pain: A systematic review. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 47(5), 305–313. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.7415>
- Deyo, R. A., Dworkin, S. F., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D., Carragee, E., Carrino, J., Chou, R., Cook, K., Delitto, A., Goertz, C., Khalsa, P., Loeser, J., Mackey, S., Panagis, J., Rainville, J., Tosteson, T., Turk, D., Korff, M. Von, & Weiner, D. K. (2014). Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain. *The Journal of Pain*, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.03.005>
- Duarte, B., & Cruz, E. (2019). *Avaliação e Tratamento da Lombalgia nos Cuidados de Saúde Primários : Projeto SPLIT*.
- Ferreira-valente, M. A., Pais-ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.07.005>
- Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., & Koes, B. W. (2018). Prevention and treatment of low back

- pain: evidence , challenges , and promising directions. *Lancet*, 391(June 9).
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
- Foster, N. E., Mullis, R., Hill, J. C., Lewis, M., Doyle, C., & Young, J. (2014). Effect of Stratified Care for Low Back Pain in Family Practice (IMPACT Back): A Prospective Population-Based Sequential Comparison. *Annals of Family Medicine*, 12(2), 102–111. <https://doi.org/10.1370/afm.1625>.INTRODUCTION
- Freitas, P., Pires, D., Nunes, C., & Cruz, E. B. (2019). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the European Portuguese version of the Global Perceived Effect Scale in patients with chronic low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1648568>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., & Karppinen, J. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 6736(18). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hay, E. M., Dunn, K. M., Hill, J. C., Lewis, M., Mason, E. E., Konstantinou, K., Sowden, G., Somerville, S., Vohora, K., Whitehurst, D., & Main, C. J. (2008). A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-58>
- Hill, J. C., Dunn, K. M., Lewis, M., Mullis, R., Main, C. J., Foster, N. E., & Hay, E. M. (2008). A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Care and Research*, 59(5), 632–641. <https://doi.org/10.1002/art.23563>
- Hill, J. C., Whitehurst, D. G. T., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., Konstantinou, K., Main, C. J., Mason, E., Somerville, S., Sowden, G., Vohora, K., & Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low

- back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*, 378, 1560–1571. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9)
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769–781. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002>
- Hush, J. M., Kamper, S. J., Stanton, T. R., Ostelo, R., Refshauge, K. M., Jm, A. H., Sj, K., Tr, S., & Ostelo, R. (2012). Standardized Measurement of Recovery From Nonspecific Back Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 849–855. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.11.035>
- Koes, B. W., Tulder, M. W. Van, & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 332(June), 1430–1434.
- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *Lancet*, 389, 736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
- Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., & Hipólito, J. (2010). Questionário de Incapacidade de Roland Morris Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia. *Acta Med Port*, 23, 761–766.
- Moons, K. G. M., Royston, P., Vergouwe, Y., Grobbee, D. E., & Altman, D. G. (2009). Prognosis and prognostic research: What, why, and how? *BMJ (Online)*, 338(7706), 1317–1320. <https://doi.org/10.1136/bmj.b375>
- Murphy, S. E., Blake, C., Power, C. K., & Fullen, B. M. (2013). The effectiveness of a stratified group intervention using the STarTBack screening tool in patients with LBP - a non randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(342).
- Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Wei, C., Lin, C., François, J., Maurits, C., & Bart, V. T. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non - specific low back pain in primary care : an updated overview. *European Spine Journal*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>
- Ostelo, R. W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Korff, M. Von, Bouter, L. M., & Vet, H. C. De. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90–94.

- Petrozzi, M. J., Rubinstein, S. M., Ferreira, P. H., Leaver, A., & Mackey, M. G. (2020). Predictors of low back disability in chiropractic and physical therapy settings. *Chiropractic and Manual Therapies*, 28(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12998-020-00328-3>
- Pires, D., Freitas, P. Cruz, E. B. (2018). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Global Back Recovery Scale em indivíduos com Dor Lombar Crónica. *Acta Reumatol Port*, 43(S129).
- Projeto SPLIT - O que é o Projeto SPLIT. Consultado a 11 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://split.ips.pt/projeto-split>
- Qaseem, A., Wilt, T. J., Mclean, R. M., Forciea, M. A., & Audience, T. (2017). Noninvasive Treatments for Acute , Subacute , and Chronic Low Back Pain : A Clinical Practice Guideline From the American College of. *Ann Intern Med*. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
- Riley, R. D., Hayden, J. A., Steyerberg, E. W., Moons, K. G. M., Hemingway, H., Croft, P., Perel, P., Abrams, K., Timmis, A., Briggs, A., Udumyan, R., Roberts, I., Schroter, S., Altman, D. G., Brunner, N., Hingorani, A. D., Kyzas, P., Malats, N., Peat, G., ... Van Der Windt, D. (2013). Prognosis research strategy (PROGRESS) 2: Prognostic Factor Research. *PLoS Med*, 10(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001380>
- Rodeghero, J. R., Cook, C. E., Cleland, J. A., & Mintken, P. E. (2015). Risk stratification of patients with low back pain seen in physical therapy practice. *Manual Therapy*, 20(6), 855–860. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.04.007>
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland – Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115–3124.
- Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., Andersen, M. Ø., Fournier, G., Højgaard, B., Jensen, M. B., Jensen, L. D., Karbo, T., Kirkeskov, L., Melbye, M., Morsel-Carlsen, L., Nordsteen, J., Palsson, T. S., Rasti, Z., Silbye, P. F., ... Vaagholt, M. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*, 27(1), 60–75. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2>

- Traeger, A., Buchbinder, R., Harris, I., & Maher, C. G. (2017). Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ*, 189(45). <https://doi.org/10.1503/cmaj.170527>
- UK National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. *Novembro*. <https://doi.org/10.1016/j.febslet.2012.03.030>
- Verkerk, K., Luijsterburg, P. A. J., Heymans, M. W., Ronchetti, I., Pool-goudzwaard, A. L., Miedema, H. S., & Koes, B. W. (2013). Low Back Pain: A 5- and 12-Month. *Physical Therapy*, 93(12).
- Whitehurst, D. G. T., Bryan, S., Lewis, M., Hay, E. M., Mullis, R., & Foster, N. E. (2015). Implementing stratified primary care management for low back pain: Cost-utility analysis alongside a prospective, population-based, sequential comparison study. *Spine*, 40(6), 405–414. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000770>
- Whitehurst, D. G. T., Bryan, S., Lewis, M., Hill, J., & Hay, E. M. (2012). Exploring the cost – utility of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice within risk-defined subgroups. *Ann Rheum Dis*, 71, 1796–1802. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200731>

Apêndice A

Resultados da estatística de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Intensidade da dor no momento	,124	104	,000	,962	104	,005
Escala Numérica Dor T1	,327	104	,000	,755	104	,000
Escala Numérica Dor T2	,301	104	,000	,787	104	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Rolland Morris Disability Questionnaire T0	,104	104	,007	,967	104	,011
Rolland Morris Disability Questionnaire T1	,234	104	,000	,796	104	,000
Rolland Morris Disability Questionnaire T2	,193	104	,000	,822	104	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Global Back Recovery Scale T1	,234	104	,000	,811	104	,000
Global Back Recovery Scale T2	,230	104	,000	,842	104	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

CONCLUSÃO: Como todos os p são $<$ que 0,05, rejeita-se H_0 , pelo que se assume que não existe uma distribuição normal.

Apêndice B

Resultados da estatística de ANOVA de Friedman

OBJETIVO 1: perceber se a intervenção (SPLIT) altera a dor dos participantes aos 2 e 6 meses.

Métodos: como as amostras são emparelhadas, VD quantitativa – Anova medidas repetidas, MAS não se verifica pressuposto da normalidade, por isso aplica-se Anova de friedman

H0: a média da dor é = em todos os pares

H1: a média da dor é \neq em pelo menos 1 par

**Amostras Relacionadas de Resumo de
Análise de Variância de Dois Fatores de
Friedman por Postos**

N total	104
Estatística do teste	64,521
Grau de Liberdade	2
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,000

Como $p < 0.05$ rejeita-se H0, logo existe pelo menos um par em que a média da dor é diferente.

Comparações por Método Pairwise

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Siq.	Adj. Siq. ^a
Escala Numérica Dor T1- Escala Numérica Dor T2	-,144	,139	-1,040	,298	,895
Escala Numérica Dor T1- Intensidade da dor no momento	,952	,139	6,864	,000	,000
Escala Numérica Dor T2- Intensidade da dor no momento	,808	,139	5,824	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

As comparações referem que existe uma diferença significativa na dor entre a *baseline* (T0) e T1 e entre T0 e T2, mas não entre T1 e T2.

CONCLUSÃO: a dor diminui significativamente de T0 para T1 mas não aumenta significativamente de T1 para T2.

OBJETIVO 2: perceber se a intervenção (SPLIT) altera a incapacidade dos participantes aos 2 e 6 meses.

H0: a média da incapacidade é = em todos os pares

H1: a média da incapacidade é \neq em pelo menos 1 par

**Amostras Relacionadas de Resumo de
Análise de Variância de Dois Fatores de
Friedman por Postos**

N total	104
Estatística do teste	91,219
Grau de Liberdade	2
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,000

Como $p < 0,05$ rejeita-se H0, logo existe pelo menos um par em que a média da incapacidade é diferente.

Comparações por Método Pairwise

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Rolland Morris Disability Questionnaire T1-Rolland Morris Disability Questionnaire T2	-,062	,139	-,451	,652	1,000
Rolland Morris Disability Questionnaire T1-Rolland Morris Disability Questionnaire T0	1,106	,139	7,974	,000	,000
Rolland Morris Disability Questionnaire T2-Rolland Morris Disability Questionnaire T0	1,043	,139	7,523	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

As comparações referem que existe uma diferença significativa na incapacidade de T0 para T1 e de T0 para T2, mas não entre T1 e T2.

CONCLUSÃO: a incapacidade diminui significativamente de T0 para T1 mas não de T1 para T2.

OBJETIVO 3: perceber se a intervenção (SPLIT) altera a percepção global de melhoria dos participantes aos 2 e 6 meses.

H0: a média da noção de melhoria é = em todos os pares

H1: a média da noção de melhoria é \neq em pelo menos 1 par

**Amostras Relacionadas de Resumo de
Análise de Variância de Dois Fatores de
Friedman por Postos**

N total	104
Estatística do teste	,016 ^a
Grau de Liberdade	1
Sinal assintótico (teste de dois lados)	,900

a. Comparações múltiplas não são realizadas, pois o teste geral manteve a hipótese nula de nenhuma diferença.

Como $p > 0.05$ aceita-se H0, logo não há diferença entre as amostras.

CONCLUSÃO: percepção global de melhoria não altera significativamente nos momentos avaliativos

Anexo A
Consentimento informado

Folheto Informativo

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do Modelo SPLIT no tratamento de indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Apresentação do estudo: Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ sub- aguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade de uma nova abordagem de tratamento da sua dor lombar, baseada nas suas características específicas e nas características da sua dor. Queremos saber como evolui a dor e a interferência da dor nas atividades habituais ou no trabalho, em resposta a três abordagens diferentes no tratamento de fisioterapia.

POR QUE FUI CONVIDADO(A)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico o referenciou para Fisioterapia para tratamento da sua dor lombar/ lombalgia. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será realizado de acordo com a decisão do seu médico.

O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição dor lombar para definir qual o tipo de tratamento de fisioterapia que irá receber. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

De seguida, e de acordo com a sua resposta a um dos questionários será encaminhado para tratamento de Fisioterapia, onde irá realizar o tipo de tratamento que melhor se adequa às suas características e às características da sua dor lombar. Consoante o seu grau de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, o tratamento pode ser constituído por: 1) uma sessão de avaliação e aconselhamento; 2) **ou** até 6 sessões de aconselhamento, terapia manual e exercício; 3) **ou** até 12 sessões de educação e exercício.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos.**

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.

TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunicá-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: splitproject@gmail.com. Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar, ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTE ESTUDO?

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Nome, Fisioterapeuta do ACES Arrábida.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do Modelo SPLIT no tratamento de indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Enquadramento: Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz- Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.

Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.

Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com uma duração aproximada de 10 minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

Compreendo que por ter sido referenciado pelo meu médico para tratamento de fisioterapia, este será adequado ao grau de risco que a minha dor lombar tem de se tornar persistente e incapacitante.

¹ <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Compreendo que o tratamento pode ser constituído por uma sessão de avaliação e aconselhamento, ou até 6 sessões de aconselhamento, terapia manual e exercício ou até 12 sessões de educação e exercício, consoante o meu grau de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante.

Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, mas que vou contribuir para um melhor conhecimento sobre resultados de tratamento da dor lombar aguda/ subaguda.

Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou qualquer publicação do estudo. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade.

Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Confirmo que expliquei ao participante de forma adequada e inteligível todos os procedimentos necessários à sua participação no estudo acima descrito. É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante ou afecte os cuidados que lhe são prestados.

Investigador responsável pelo estudo

Nome: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Assinatura:

Data: /..... /.....

Anexo B

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica e Escala Numérica da Dor

Recolha os dados sociodemográficos e clínicos do utente

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

DOR LOMBAR

Centro de Saúde/ Unidade Saúde Familiar: _____

Nº de Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo Investigador colaborador): _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Peso(kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções)

5.1. Solteiro(a) ☐ 5.2. Casado(a) ☐ 5.3. União de Facto ☐ 5.4. Viúvo(a) ☐ 5.5. Divorciado(a) ☐

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções)

6.1. Ensino Primário ou inferior ☐ 6.2. Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐ 6.3. Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) ☐ 6.4. Ensino Superior completo ☐

7. Qual é sua situação profissional? (escolha uma das seguintes opções)

7.1 A trabalhar ☐ 7.2. Incapaz de trabalhar devido ao seu problema ☐ 7.3. Desempregada (o) ☐ 7.4. Reformada (o) ☐ 7.5. Doméstica (o) ☐

DADOS CLÍNICOS

8. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

≤ 3 meses ☐ > 3 meses ☐

Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica e Clínica - Autores: Caeiro, C., Cruz, E. e Fernandes R. (Outubro 2011). Atualizado em Outubro 2012.

9. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim ☐ Não ☐

10. Atualmente toma alguma medicação para a sua Lombalgia?

Sim ☐ Não ☐

11. Está ausente do seu trabalho devido à sua Lombalgia?

Sim ☐ Não ☐

12. Está de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc.) devido à sua Lombalgia?

Sim ☐ Não ☐

13. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade da sua dor AGORA.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

14. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica e Clínica - Autores: Caeiro, C., Cruz, E. e Fernandes R. (Outubro 2011). Atualizado em Outubro 2012.

Anexo C

Start Back Screening Tool

Questionário Roland Morris Disability

Global Perceived Effect Scale

Versão Portuguesa de Portugal do STarT Back Screening Tool

Nome do Paciente: _____ Data: _____

Recorde as **últimas duas semanas** e assinale a sua resposta nas seguintes questões:

	Discordo 0	Concordo 1
1. Em algum momento nas ultimas duas semanas, a minha dor nas costas alastrou-se para baixo para a(s) minha(s) perna(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Em algum momento nas ultimas duas semanas, eu tive dor no ombro e/ou no pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Devido à minha dor nas costas, eu só caminhei distâncias curtas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nas últimas duas semanas, eu vesti-me mais lentamente do que o habitual devido à dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não é muito seguro ser fisicamente ativo(a) com a minha dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por diversas vezes, tenho-me sentido muito preocupado(a) com a minha dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu sinto que a minha dor nas costas é terrível e que nunca irá melhorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Em geral já não gosto de todas as coisas que costumava gostar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No geral, qual o incômodo provocado pela sua dor nas costas nas últimas duas semanas?		
<div>Nenhum</div> <input type="checkbox"/> <div>0</div>	<div>Pouco</div> <input type="checkbox"/> <div>0</div>	<div>Moderado</div> <input type="checkbox"/> <div>0</div>
		<div>Muito</div> <input type="checkbox"/> <div>1</div>
		<div>Extremo</div> <input type="checkbox"/> <div>1</div>

Pontuação total (total 9): _____ Sub Pontuação (Q5-9): _____

Raimundo A. Et al. (2017) Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reliability of the questionnaire «Start Back Screening Tool» (SBST). Acta Reumatol Port.42:38-46

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND MORRIS – RMDQ

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
16. Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.

Monteiro et al. (2010) Questionário de incapacidade de Roland Morris – Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia, Acta Med Port. 23(5):761-766

Global Perceived Effect Scale – Versão Portuguesa

Comparativamente com o dia em que marcou/ foi referido para a fisioterapia, como descreve as suas costas atualmente?



Freitas, P. e Cruz, E (2017). Avaliação da Relevância Clínica das Mudanças na Pontuação da Global Back Recovery Scale.